

Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER  
Trabalho de Conclusão de Curso

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO CONSELHO DE SAÚDE  
DO DISTRITO FEDERAL:**  
uma análise sobre a representação dos usuários

**Autora: Barbara de Sousa de Oliveira Bueno – 09/90248**  
**Orientadora: Professora Doutora Angela Vieira Neves**

**Brasília**  
**2012**

Barbara de Sousa de Oliveira Bueno

**A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO CONSELHO DE SAÚDE DO  
DISTRITO FEDERAL:**

uma análise sobre a representação dos usuários

Monografia apresentada ao Departamento de  
Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB)  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Assistente Social.

Orientadora: Professora Doutora Angela Vieira  
Neves

Brasília

2012

Monografia submetida ao corpo docente da Universidade de Brasília – UnB, como parte dos requisitos para a obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social.

Banca examinadora:

---

**Profa. Dra. Angela Vieira Neves**

Orientadora

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/ IH/UnB)

---

**Maria Aparecida Gomes**

(Hospital Universitário de Brasília – HUB)

---

**Profa. Dra. Andréia de Oliveira**

(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – SER/ IH/ UnB)

Brasília

2012

*Dedico este estudo à sociedade civil usuária do Sistema Único de Saúde – SUS*

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, Rosemary de Sousa e Wellington de Oliveira, pelo carinho e dedicação que sempre tiveram comigo durante toda a minha vida e por me fornecerem um bom estudo garantidor da minha chegada à Universidade de Brasília.

Ao meu marido, André Bueno, pela paciência e amor diário durante a construção desse trabalho concedendo-me ajuda para realizar todos os meus sonhos.

Ao meu irmão Caio Cesar que nunca me deixou desistir e por continuamente ser um grande exemplo.

As minhas amigas da Universidade de Brasília, Juliana Nunes e Vanessa Dunk, pelas ótimas críticas e momentos felizes.

A minha professora e orientadora Angela Neves por aceitar construir comigo este estudo, pelas conversas instrutivas e esclarecimentos e por me passar tanto de seu conhecimento.

Aos professores que fizeram parte do meu crescimento dentro da Universidade de Brasília que vou levar para a minha profissão.

À Universidade de Brasília por criar profissionais e cidadãos.

Aos conselheiros representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde e membros do Conselho de Saúde do Distrito Federal que proporcionaram o enriquecimento desse trabalho com suas falas e ações que podem mudar o rumo da política de saúde do Brasil.

A todos os profissionais de Serviço Social que me auxiliaram por meio de suas literaturas tão inspiradoras.

*Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos  
deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um  
pouco de nós.  
(Antoine de Saint-Exupéry)*

## **Resumo**

A sociedade civil vem conquistando vários espaços de participação democrática por meio de lutas, principalmente no campo da política de saúde. Por isso, este estudo teve como objetivo principal analisar a participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal. Foi realizado um levantamento das ações da sociedade civil no âmbito dos representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que compõem o Conselho do Distrito Federal durante a gestão 2011-2014. A questão central desse trabalho é identificar como a participação da sociedade civil fortalece a saúde como direitos de todos e dever do Estado no sentido de consolidar o projeto político do SUS. Pretendeu-se investigar as mudanças ocorridas pós o estabelecimento do SUS na esfera da participação da sociedade civil no Distrito Federal; identificar e caracterizar as iniciativas e ações dos membros representantes dos usuários do SUS no Conselho de Saúde do Distrito Federal e verificar se as deliberações são implantadas pelo governo. Esta pesquisa de caráter qualitativo utilizou como instrumentos de coleta de dados: a observação participante e as entrevistas semiestruturadas. Os resultados mostram que, os representantes dos usuários podem expor suas ideias e apresentar projetos, porém são prejudicados em suas atuações por não ser promovido pelo governo capacitação para tal responsabilidade. Os conselheiros estão motivados a agir a favor da sociedade civil, mesmo que em alguns casos sejam limitados pelo Estado. A participação social ativa nos espaços públicos provoca mudanças e garante direitos à população na área da saúde.

**Palavras-chave:** Sociedade civil. Participação Social. Política de Saúde. Conselho de Saúde do Distrito Federal.

## **Lista de abreviaturas e siglas**

AIDS - Síndrome de imunodeficiência adquirida

AIS - Ações Integradas de Saúde

ART - Artigo

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CSDF - Conselho de Saúde do Distrito Federal

DF - Distrito Federal

FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

FHDF - Fundação Hospitalar do Distrito Federal

HFA - Hospital das Forças Armadas

HIV - Vírus da imunodeficiência Humana

HUB - Hospital Universitário de Brasília

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IH - Instituto de Ciências Humanas

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais

LOS - Lei Orgânica da Saúde

Nº - Número

OPO - Organização de Procura de Órgãos e Tecidos

PAV - Programa de Atenção à Violência

PPS - Plano Distrital de Promoção de Saúde

SER - Departamento de Serviço Social

SES/ DF - Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal

SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UPAS - Unidades de Pronto Atendimento

UnB - Universidade de Brasília



## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1.....	15
SAÚDE E CIDADANIA NO BRASIL	
1.1 A saúde no Brasil: 1930 – 1984.....	15
1.2 A saúde a partir dos anos 1985 no Brasil.....	21
1.3 O conceito de cidadania no Brasil: notas introdutórias.....	25
1.4 Cidadania e Saúde no Brasil.....	29
CAPÍTULO 2.....	32
CONTROLE SOCIAL E SAÚDE: A QUESTÃO DOS CONSELHOS	
2.1 O controle social na saúde.....	32
2.2 O surgimento dos conselhos de saúde e a participação social.....	36
CAPÍTULO 3.....	41
O CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	
3.1 Histórico do Conselho de Saúde do Distrito Federal.....	41
3.2 Metodologia da pesquisa no Conselho de Saúde do Distrito Federal.....	45
3.3 A natureza e composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal.....	47
3.4 O perfil dos representantes dos usuários no Conselho de Saúde do Distrito Federal.....	53
3.5 O poder de influencia nas decisões: o papel dos gestores.....	59
3.6 A representação dos usuários no Conselho de Saúde do Distrito Federal.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXO.....	79

## INTRODUÇÃO

No Brasil, nos últimos anos, há um aumento no movimento de participação da sociedade civil que vem conquistando diferentes espaços de participação democrática, sobre a condução das políticas públicas. Os conselhos deliberativos, Orçamento Participativo, Conferências Municipais, Estaduais e Nacional de Políticas Públicas são importantes instrumentos de fortalecimento da democracia participativa.

O ano de 1980 no Brasil foi marcado por uma nova relação entre o Estado e a Sociedade Civil no contexto da democratização, pois a partir daí surgiram vários mecanismos de participação social. Os mecanismos de participação podem ser vistos como a entrada da sociedade civil no controle e fiscalização das políticas públicas e a procura da construção da cidadania.

Dentro da Constituição Federal de 1988 é preconizada a participação da população no controle e gestão das políticas públicas. Foi previsto conselhos colegiados, na maioria das vezes, deliberativos e paritários, organizados por representantes da sociedade civil e do governo, com capacidade de contemplar, controlar e fiscalizar as políticas públicas como salienta GOMES (2000).

NEVES (2008, p.14) aponta “que esses novos espaços públicos irão representar a construção de uma cultura participativa com base em um processo de cogestão com o Estado, no qual terão lugar negociação e as disputas na política”. São locais de disputas, propostas, projetos, negociações e ações para garantir a participação da sociedade civil nas decisões acerca das políticas públicas.

Este estudo pretende expor sobre a situação da participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal.

Com essa proposta será abordado um levantamento das ações de participação da sociedade civil no âmbito dos membros representantes dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Conselho de Saúde do Distrito Federal no período da gestão: 2011-2014.

Tendo em vista todos os aspectos a problemática do presente trabalho é indagar: como a participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal fortalece a saúde como direitos de todos, como se aplica no Projeto Político do SUS?

A hipótese baseia-se na crença que as iniciativas da sociedade civil, em termos de participação em conselhos têm modificado a realidade da saúde do Distrito Federal. O direito de participar da política de saúde dá a oportunidade de mudá-la no sentido de fortalecer a saúde como um direito universal dentro do Projeto Político do SUS.

A mobilização da sociedade em defesa do SUS pressupõe um diálogo constante e articulado com os movimentos populares que lutam pelo direito à saúde, tendo em vista o efetivo aumento e qualificação da participação nos espaços de formulação, monitoramento, avaliação e fiscalização das ações de saúde.

Esse processo de diálogo com as entidades da sociedade civil se dá, também, mediante o reconhecimento dos vários saberes e na efetivação de diversos canais de comunicação entre os cidadãos e o governo. Com essa perspectiva, a promoção da educação popular é um dos aparelhos que permite aos sujeitos envolvidos o reconhecimento dos fatores determinantes sociais na saúde, beneficiando, assim, intercessões para o progresso da qualidade de vida.

A participação da sociedade civil nas políticas públicas como é de direito seria um processo que reconstituiria as condições para a negociação e favoreceria a retirada dos atores autoritários do poder, assim a sociedade interviria nas ações do Estado.

O objetivo geral desse trabalho é analisar a participação da sociedade civil através dos representantes dos usuários no Conselho de Saúde do Distrito Federal nas suas deliberações se por meio delas tem fortalecido a política de saúde do SUS como um direito universal.

Pretende-se com esse estudo: a) Investigar as mudanças ocorridas pós o estabelecimento do SUS no âmbito da participação da sociedade civil no Distrito Federal; b) Identificar e caracterizar as iniciativas e ações dos membros representantes dos usuários do SUS no Conselho de Saúde do Distrito Federal; c) Verificar se as deliberações são implantadas pelo governo e d) Analisar a continuidade dessas ações.

Percebendo que o trabalho tem como foco analisar a participação da sociedade civil, mais precisamente no âmbito dos representantes dos usuários do SUS no Conselho de Saúde do

Distrito Federal, faz importante a exposição desse tema por ser uma discussão atual no Brasil, daí surge a necessidade de apresentar respostas para tal dilema.

O objeto desse trabalho é a participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal. Esse objeto é de extrema relevância para o curso de Serviço Social dentro do debate teórico, ético e político acerca de um dos campos de atuação dos profissionais de Serviço Social e outros profissionais da saúde do Distrito Federal, por ser um dos deveres dos assistentes sociais agirem de maneira a proporcionar orientações reflexivas e socializar informações ao enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas.

No Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais é defendido em seus princípios fundamentais: a ampliação e concretização da cidadania, considerada empreitada primordial de toda sociedade, com o objetivo de garantir os direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras; a defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida; emancipação e completa expansão dos indivíduos sociais e posicionamento em favor da equidade e justiça social, que afirme universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.

É um trabalho de estímulo e fortalecimento para a sociedade civil participar como é de direito na Constituição Federal de 1988 de acordo com a diretriz da participação da comunidade na política de saúde dentro do SUS. Os usuários enquanto sujeitos políticos precisam se organizar para discutir a política de saúde e traçar alternativas para a garantia dos direitos sociais.

O interesse pelo tema nasceu a partir da aproximação com a literatura dentro da Universidade de Brasília (UnB) e também por meio da realidade vista na mídia acerca da precarização da saúde do Distrito Federal.

Compreendendo a importância que a luta pela saúde representa no processo de democratização da sociedade civil, sente-se a motivação para verificar se a participação da sociedade tem modificado a realidade da saúde no Distrito Federal através do Conselho de Saúde.

Os procedimentos metodológicos aqui aplicados, com vista à obtenção de dados analisados para demonstrar a atuação dos membros representantes dos usuários do Conselho de Saúde do Distrito Federal na gestão atual, seguem a linha de pesquisa qualitativa.

Constitui um estudo de natureza qualitativa para obter um resultado mais completo através das singularidades do sujeito e suas dimensões na sociedade. Para MINAYO (2010, p. 21-22) “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares [...] a abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados”. O espaço da criação humana que é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser explicado em números e indicadores quantitativos, precisa ser exposto e interpretado.

Foi selecionado o Conselho de Saúde do Distrito Federal como campo de observação por ser mais próximo do meu campo de estudo e por apresentar uma realidade que vivencio diariamente. Consistirá também o local onde serão feitas as entrevistas por se estruturar como um lugar de exposição de ideias, de comunicação e para que as pessoas não precisem se locomover.

Como sujeito foi escolhido os representantes dos usuários do SUS por vivenciarem o campo de pesquisa que o presente trabalho se propôs a estudar. E, além disso, os usuários conhecem a política de saúde por vivenciarem-na mais de perto em seu cotidiano. Eles são os protagonistas que utilizam os serviços de saúde

Por a composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal se apresentar com 28 membros, sendo sete gestores do SUS, sete trabalhadores da saúde do Distrito Federal e 14 representantes dos usuários do SUS, haverá critérios que serão utilizados para compor o quadro de entrevistados. Pois para se atingir uma análise mais eficaz em um tempo limitado é necessário aplicar um caráter selecionador na escolha.

Como critérios qualitativos na escolha dos sujeitos pesquisados foi visto: os representantes que está há mais tempo no Conselho de Saúde do Distrito Federal, ou seja, que tem mais experiência; os membros que estavam nas últimas duas gestões (2008-2011 e 2011-2014) e os representantes que tem maior poder de influencia nas decisões do Conselho de Saúde do Distrito Federal e que participam efetivamente do Conselho. Foram usados esses critérios como forma de enriquecer o trabalho.

Na pesquisa foram realizadas cinco entrevistas semiestruturadas, baseadas em um roteiro com 17 questões. Sendo quatro questões fechadas e 13 questões abertas permitindo ao entrevistado “discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO, 2010, p. 64). Como assinala TRIVINOS (1990) a entrevista é um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados. As entrevistas foram feitas com

cinco membros representantes de usuários do SUS do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Foi escolhido este instrumento por permitir deter melhor o que as pessoas ponderam, conhecem, observam e também a postura corporal e a tonalidade de voz que apresentam como aponta MARSIGLIA (2001).

Além das entrevistas constituiu como técnica dessa pesquisa qualitativa a observação de campo. O campo observado foi o próprio Conselho de Saúde do Distrito Federal por ser o local de debates e exposição de ideias dos conselheiros. A partir disso foi possível analisar a participação e o funcionamento do Conselho.

Para isso o trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro aborda o histórico da saúde no Brasil no período que vai inicialmente, de 1930 a 1984 e depois a partir dos anos 1985 até o processo da criação do Sistema Único de Saúde que acarretou mudanças que refletem até hoje na saúde do país. Ainda nesse capítulo é explorada a relação entre cidadania e saúde no Brasil. O segundo capítulo compreende a discussão a respeito do controle social no Brasil e logo em seguida, aponta acerca da participação da sociedade civil nos conselhos de saúde. O terceiro capítulo corresponde à análise da pesquisa. No início fez-se um breve histórico do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Posteriormente é apresentada detalhadamente a metodologia da pesquisa. E no final do capítulo são apresentados os resultados da pesquisa por meio de tópicos que tratam: da natureza e composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal, do perfil dos conselheiros, do poder de influencia dos conselheiros nas decisões e da representação dos usuários do Sistema Único de Saúde no interior do Conselho de Saúde.

## **CAPÍTULO 1**

### **SAÚDE E CIDADANIA NO BRASIL**

Nesse capítulo, será analisado o histórico da Saúde nas décadas de 1930 a 1984 no Brasil. Em seguida, será caracterizada a trajetória da Saúde a partir dos anos 1985 e as mudanças e avanços ocorridos com a criação do Sistema Único de Saúde. Para finalizar, será abordada e explorada a relação entre cidadania e saúde na sociedade brasileira.

#### **1.1 A saúde no Brasil: 1930-1984**

No primeiro governo de Getúlio Vargas a industrialização apresentou um grande avanço no Brasil. A nova concepção de Estado na época era de um Estado propulsor da economia e do crescimento. Com o governo Vargas a atenção médica foi composta de práticas clientelistas, típicas do regime populista (LUZ, 1991). A industrialização no país ocasionou um aumento no proletariado e posteriormente, novas demandas por parte da população. O Estado atende a essas demandas através de políticas assistencialistas/previdencialistas (CORREIA, 2000).

A assistência à saúde dos trabalhadores foi implementada pelo Estado no Brasil, a partir do século XX, mais precisamente na década de 1930, afirma BRAVO (2006), pois antes a assistência médica era sustentada na filantropia e prática liberal.

A década de 1930 foi um momento que possibilitou o início das políticas sociais nacionais, inclusive a de saúde, mesmo que apenas voltada para os trabalhadores em uma garantia de “proteção social” em caso da perda do trabalho, como maneira de manter a ordem social capitalista. Quando as classes dominadas lutam por seus direitos políticos, por sua participação, cidadania, o Estado busca conter as lutas. Nesse momento as políticas sociais são utilizadas dentro de uma correlação de forças. Mas nem todas as reivindicações são respondidas, pois a burguesia exerce pressão para que seja fornecido o mínimo aos dominados. As políticas sociais apresentam um caráter contraditório por atender os interesses das classes dominantes e das classes dominadas (FALEIROS, 1991). As políticas sociais responderam as questões sociais

de maneira apenas “orgânica e sistêmica”, sendo que, existia a necessidade de serem observadas com solidez, garante BRAVO (2006).

Como resultado surgiu uma política de saúde que, esclarece BRAVO (2006), estava disponível em dois “subsetores”: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O “subsetor” de saúde pública reinará até meados de 1960 e se baseará na criação de condições sanitárias mínimas para a população. Já o “subsetor” de medicina previdenciária apenas se apresentará como predominante a partir de 1966.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram: ênfase nas campanhas sanitárias; coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios e mão-de-obra para as cidades; criação de serviços de combate às endemias (Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana) e reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública (BRAGA & PAULA *apud* BRAVO, 2006, p.91).

A criação do Ministério de Educação e Saúde (formado pelos Departamentos de Saúde e Educação) acontece no mesmo momento que à instituição de novas leis trabalhistas do sistema previdenciário, garante AGUILERA E BAHIA (1993). A predominante desse Ministério era o combate a determinadas endemias.

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) deram início à medicina previdenciária que foi orientada sob a lógica “contencionista”, explica BRAVO (2006), e estava pouco preocupada com a prestação de serviços à população. A formação dos fundos se organiza por categoria profissional. Criados por Getúlio Vargas beneficiava as camadas de trabalhadores ligados aos sindicatos e que eram importantes para a agroexportação e economia do país, afirma LUZ (1991). Os IAPs são autarquias que insinuam direitos iguais para todas as categorias profissionais, mas com diferenças quanto às modalidades de assistência a saúde oferecidas, observa AGUILERA E BAHIA (1993).



Contudo, a previdência social permanecia somente para garantir pensões e aposentadorias, preocupada com a acumulação de reservas financeiras, assumia os programas e serviços de atenção médica com práticas clientelistas. Os direitos aos serviços de saúde eram condicionados a uma carteira de trabalho e trazia caráter contributivo (CORREIA, 2000). Luz resume essa época da seguinte maneira:

[...] na primeira metade deste século podemos observar: centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços, modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são característicos das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período. É o próprio rosto de nossa estrutura social que se desenha sobre essa dupla face, ao menos no que esse rosto tem de mais atroz e recorrente em termos de poder (LUZ, 1991, p. 80).

É visível que “desde o reconhecimento legal dos tímidos e incipientes benefícios previdenciários com a Lei Elóy Chaves em 1923, predominou o acesso às políticas de previdência e de saúde apenas para os contribuintes da previdência social” (BOSCHETTI, 2009, p. 329).

Nos anos de 1950, a industrialização, principalmente após a II Guerra Mundial, tornou-se ainda mais significativa no Brasil. O nacionalismo explodiu nesse período com a proposta de ser uma ideologia global. Sua tese central seria que no momento o país teria condições para se tornar uma verdadeira nação independente, alega TEIXEIRA (1988). O objetivo do nacionalismo era transformar o Brasil semicolonial em uma nação independente por meio da industrialização. Como se posiciona LUZ (1991, p. 80), “esse período ficou conhecido pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico 'moderno', integrado à ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60”.

Com a industrialização em alta, surge a necessidade de contratar mais trabalhadores e acontece, por decorrência, uma intensa urbanização que fortalece os IAPs e faz predominante a medicina previdenciária nesse período sobre a saúde pública. Assim a medicina previdenciária torna-se a principal prestadora de serviços à população.

Após a II Guerra Mundial houve uma ampliação do complexo médico-hospitalar que como afirma TEIXEIRA (1988) trouxe um novo ‘dinamismo’ para a saúde brasileira. A partir dos anos 1950 já se via o atendimento hospitalar de cunho privado, com fins lucrativos e BRAVO (2006) aponta que eram indícios da criação de empresas médicas. Todos os serviços, programas e campanhas realizados nesse período resultaram, como expõe LUZ (1991) em uma dicotomia saúde pública *versus* atenção médica individual.

A população adquire consciência da condição da saúde pública no país e diante disso as instituições nada fazem, não geram soluções para a problemática. LUZ (1991) admite que nesse momento ocasionou um empasse nas políticas de saúde com o envolvimento do conjunto das políticas sociais e a própria ordem institucional e política. Como resposta a esse impasse, no começo dos anos 1960, as elites progressistas exigiam como um de seus tópicos de luta, a reforma sanitária, contudo foram reprimidos pelo golpe militar de 1964.

O regime militar imposto surgiu para finalizar a ameaça que seria os avanços das classes populares, mas que não significou a ruptura do modo capitalista e dependente do Estado. As relações entre as classes sociais foram redefinidas pelo Estado, regido pelas Forças Armadas que tinha como ideologia a segurança nacional do país (TEIXEIRA, 1988). As ações do governo giravam em torno de duas tarefas: a restauração da “ordem” e a “normalização” da economia e segundo Bravo:

[...] o Estado utilizou para a sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política de assistência ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação de capital (BRAVO, 2006 p. 93).

Criado em 1967, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), foi a junção de todos os IAPs. Como afirma BRAVO (1996) consistiu em uma das ações de política assistencial para resolver a contradição entre a intenção de concessão de benefícios e o aperto do sistema capitalista, sendo uma maneira de apreender recursos para investir na área econômica. Sendo assim, os trabalhadores contribuintes da previdência social eram usados apenas como “financiadores”. A sociedade nesse período tinha seu poder de mobilização limitado pelo Estado

e os programas de saúde eram incentivados pelo setor privado, conduzindo a saúde a um quadro cada vez pior. A medicina previdenciária desenvolveu e a saúde pública declinou no Brasil.

A época do “milagre econômico” brasileiro foi marcada por um amplo desenvolvimento econômico durante a ditadura militar e por mudanças na execução dos direitos à cidadania. LUZ (1991) informa que nessa conjuntura a política de saúde andava junto com a política econômica, onde se tinham baixos salários para a maioria dos trabalhadores. Entretanto, os trabalhadores especializados foram favorecidos com altos salários que os garantiram aumento de consumo em diversas áreas, inclusive na saúde, que ficou avaliada como um bem de consumo. A prática médica tornou-se algo altamente lucrativo. BRAVO (1996) salienta que vários procedimentos foram adotados como, por exemplo, o financiamento com os hospitais privados e credenciamento a compra de serviços e convênios com empresas. A previdência comprava os serviços médicos, por meio do credenciamento pelo INPS, dos serviços privados para os usuários segurados.

Como lembra LUZ (1991, p. 82) “no período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta às graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva”.

Nos início dos anos 1970 já se via a insatisfação e indignação da população com relação a todos os acontecimentos na área da saúde pública na época da ditadura. Essa insatisfação tornou-se mais forte no final do “milagre econômico” (1974-1975). LUZ (1991, p. 82) aprofunda ao descrever que nesse período houve a “morte das políticas de saúde”. Articularam-se, nessa época, movimentos sociais de internos e residentes médicos com outros movimentos. Sindicatos e partidos políticos, movimentos sociais comunitários mobilizaram-se para denunciar a má situação da política de saúde pública e o serviço médico oferecido pela previdência, exigindo saídas para todos os problemas causados no regime militar (LUZ, 1991). “Diversos grupos da sociedade civil, através de suas organizações, aliaram-se a oposição parlamentar, questionando o regime militar e exigindo o retorno do estado de direito” (BRAVO, 1996, p. 37).

“A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da ‘questão social’, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares” (BRAVO, 2006, p. 94). Em 1978, pelo desmembramento do INPS foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) que proporcionava serviços médicos aos que contribuía com

a previdência social. BRAVO (1996) garante que a maioria dos atendimentos eram prestados pela iniciativa privada.

BRAVO (1996) aponta que o governo de Figueiredo (1979-1985) teve como uma de suas características principais o aprofundamento da crise econômica e o processo de reabertura política do Brasil. Nesse período ocorreu no país, em 1980, a VII Conferência Nacional de Saúde; a crise financeira da previdência social que em 1981 chegou ao seu ápice; em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência a Saúde no âmbito da Previdência Social, sendo que sua estratégia básica foi a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) .

Nas eleições de 1982 a saúde estava como foco das propostas dos candidatos e muitos dos que se elegeram apresentaram programas centrados nas demandas de saúde. A “crise do regime” teve como foco os serviços de saúde. Em 1983, a sociedade civil unida ao Congresso foi à luta para exigir novas políticas sociais que pudessem garantir direitos de cidadania a população, sendo a saúde inclusa, também, como um dever do Estado e de todos (LUZ, 1991).

A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia. Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se: os profissionais de saúde, representados pelas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contraproposta; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar os seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para a discussão da política do setor, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2006, p. 95-96).

As forças sociais discutiram a respeito de vários itens correspondentes a política de saúde no Brasil que iriam definir as necessidades, soluções e avaliar o nível da assistência prestada à população que não estava satisfeita com a saúde pública do país.

## **1.2 A saúde a partir dos anos 1985 no Brasil**

Com a pressão exercida pela sociedade não é mais aceitável negar as contradições colocadas no enfrentamento dos problemas sociais. A “nova república” foi notável pela morte de seu presidente Tancredo Neves que iria garantir os compromissos estabelecidos com a sociedade. Seu vice, José Sarney, eleito, traria ao país o risco de não cumprir com o proposto que era a instalação de um Estado de direito. As ideias de José Sarney não eram as defendidas pelos movimentos sociais que lutavam pela redemocratização da sociedade nesse período. As forças políticas desejavam impor e preservar a instituição e as forças sociais lutava pela ampliação da democracia (BRAVO, 1996). Essa disputa marcou o início dessa nova conjuntura distinguida por um setor que prezava a privatização e o outro a estatização da saúde (LUZ, 1991).

Uma das estratégias de ação na política de saúde, em 1985, seria a de aprofundar a AIS, que já estava em desenvolvimento, unido a diretrizes pré-estabelecidas para a criação de um novo Sistema Nacional de Saúde com base na descentralização e universalização do atendimento de modo a facilitar o acesso da população aos serviços de saúde.

O movimento sanitário de início propõe “como linha tática a ocupação dos espaços institucionais e a formulação/ implementação ativa de políticas de saúde frente à crise previdenciária do Estado” (BRASIL, 2006, p. 41). A participação dos segmentos da sociedade por meio do movimento sanitário foi um momento único nas políticas públicas que resultou em importantes avanços para o país. LUZ (1991) esclarece que uma característica dos movimentos sociais dessa época foi a “tomada de consciência” da sociedade civil a respeito da ação da saúde e das instituições médicas na vida de todos. E apesar das oposições contra as suas propostas, a reforma sanitária ordenou uma mudança estrutural e estabeleceu uma ordem social democrática no país.

Como uma das propostas do Programa Sanitário a passagem do INAMPS para o Ministério da Saúde fazia parte da ação do governo. A proposta não foi concretizada, mas adiada para a VIII Conferência Nacional de Saúde e para a construção e o “Processo Constituinte” com o objetivo de ser melhorada e avaliada por todos (BRAVO, 1996).

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um fato marcante na história das políticas públicas que ocorreu na capital, em Brasília, onde seria discutido acerca da reforma sanitária. O

presidente convocou a conferencia para ser realizada em dezembro do ano anterior, mas que foi transferida para março de 1986. “O temário central versou sobre: I- A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III- Financiamento setorial” (BRAVO, 2006, p. 96). Foram organizados Pré-Conferencias, em quase todo o Brasil, obedecendo a temáticas preestabelecidas como forma de “preparação e mobilização” para a VIII Conferencia Nacional de Saúde (idem, 2006).

Como diretriz resultante da VIII Conferencia Nacional de Saúde importante se tem a aprovação de conselhos de saúde em âmbito além de nacional, também, municipal, regional e estadual que deveriam ser compostos por representantes eleitos pela comunidade e teria a ação de planejar, executar e fiscalizar a saúde em determinada região (BRASIL, 2006).

No ano seguinte houve a instalação da Assembleia Nacional Constituinte que incluiria os novos princípios da reforma sanitária na Constituição Federal de 1988.

A Assembleia Constituinte se transformou numa arena política em que os interesses na saúde se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor (BRAVO, 1996, p. 81).

Foi acolhida para a nova Constituição boa parte das exigências do Movimento Sanitário com a garantia da construção do Sistema Único de Saúde que atenderia a toda a população e apresentaria serviços públicos em sua rede (TEIXEIRA, 2006).

Na Constituição a política de saúde é abordada dentro do capítulo de Seguridade Social que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, art. 194, 1989).

Porém BOSCHETTI (2009) esclarece que o Brasil inseriu um modelo de Seguridade com a lógica do seguro de características bismarckiana e a lógica da assistência com características beveridgiana. Sendo que, as características bismarckiana possui essa nomenclatura por nascer de um período em que durante o governo do Chanceler Bismarck foi criado um modelo de seguros

sociais, mas que se assemelhava muito aos de seguros privados. Já o modelo beveridgiano que propõe a criação do *welfare state* apresenta os direitos com caráter universal, a todos os cidadãos. “A expressão *welfare state* surge e se generaliza a partir de sua utilização na Inglaterra na década de 1940, e designa uma configuração específica de políticas sociais; o conceito seguridade social integra o *welfare state*, mas não se confunde com ele” (BOSCHETTI, 2002, p. 7).

A saúde como um direito do cidadão e dever do Estado apresentou muitas discussões até a criação da Constituição Federal de 1988 que reconheceu este direito social de cidadania na legislação brasileira. Contudo, para parte da sociedade, a saúde deveria ser direito apenas dos trabalhadores. Se acatada, essa decisão resultaria em exclusão da maior parte da população brasileira (LUZ, 1991).

A saúde como direito de cidadania foi introduzida pela Constituição Federal de 1988 que proporcionou avanços na busca de apagar as injustiças vividas pela sociedade (BRAVO, 2006).

BRAVO (2006) garante que todas as medidas tomadas pelo governo inscritas nessa nova Constituição apresentaram precário impacto na melhoria das condições de saúde do país, por ser imprescindível a sua operacionalização, que não ocorreu e as forças que acatavam a Reforma Sanitária começaram a perder os espaços que tinha dentro das instituições. As imprecisões foram aparecendo, já que o setor público estava ineficiente, a população ficou descrente por não enxergar resultados e as forças conservadoras coordenavam o setor já a partir de 1988.

No ano de 1990 o Estado sob a influência da “Política de Ajuste Neoliberal” enfraquece as forças do movimento sanitário que entram em choque com as forças contrárias que defendem a privatização e logo passam a exercer domínio decorrente da conjuntura neoliberal que envolvia o mundo (BRASIL, 2006).

O Sistema Único de Saúde (SUS) surge em 1990 como um novo sistema de modelo público de saúde no Brasil e tem como base a garantia da saúde para todos sendo isso dever do Estado. A fundação do SUS ocorre depois da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990, complementada pela lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) que nasceu para materializar por meio de leis o texto da Constituição Federal de 1988. O Ministério da Saúde lidera a nível federal, como comando único, as ações de saúde com esse novo sistema (AGUILERA E BAHIA, 1993).

Como principais princípios e diretrizes do SUS constituídos na Lei Orgânica da Saúde (LOS) têm-se a universalidade de acesso aos serviços de saúde, igualdade na assistência à saúde, integridade da assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa com comando único (BRASIL, 1990).

A lei nº 8.142/90 foi criada como resposta à pressão que o movimento sanitário fez contra o governo Collor que em seu mandato vetou a participação da comunidade no processo de formulação de diretrizes, controle das ações e serviços e fiscalização do cumprimento das leis. Esse direito conquistado pela população garantiria sua participação em conferências e conselhos de saúde (BRASIL, 2006).

A implementação do SUS constituiu um avanço na política de saúde. Mas logo depois a política foi tencionada pelo governo ao assumir práticas contrárias vistas na história da saúde do Brasil. O que foi disposto na lei não estava sendo cumprido e a fiscalização das ações de saúde que deveriam ser feitas pelo governo falharam (BRAVO, 2006).

NORONHA et al. (2008) afirmam que existem obstáculos estruturais que não garantem a consolidação dos princípios do SUS. Os autores descrevem que isso sucede por existir desigualdades socioeconômicas e culturais no Brasil, na proteção social fragmentada e no modelo médico-assistencial privatista e por a repartição geográfica dos serviços do SUS serem díspares. Alguns municípios não têm condições de fornecer todas as ações e serviços indispensáveis à saúde da população.

Outras ações afetaram a possibilidade de progresso do SUS, como exemplo:

[...] o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, havendo prioridade para a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma, era de dividir o SUS em dois – o hospitalar e o básico (BRAVO, 2006, p. 100-101).

Diante dos fatos, na saúde prevalece o confronto entre dois projetos. O primeiro é o “projeto de reforma sanitária”, que foi afirmado na Constituição de 1988 propõe o SUS como modelo de saúde e demanda ao Estado que opere a cargo da sociedade. O outro é o “projeto de



saúde articulada ao mercado ou privatista” que tem forte influencia na segunda metade dos anos de 1990 que apresenta como plano de ação a limitação de gastos e a exoneração da responsabilidade do Estado. O Estado faria o mínimo pelos que não tem condição de pagar, enquanto os outros seriam atendidos pelo setor privado de saúde. O governo Lula manteu os dois projetos. Revezou e utiliza um em alguns momentos e o outro projeto mantém em seguites (BRAVO, 2006).

Há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não tem acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado. A proposição do SUS inscrita na Constituição de 1988 de um sistema público universal não se efetivou (BRAVO, 2006, p.106-107).

### **1.3 O conceito de cidadania no Brasil: notas introdutórias**

A democracia foi fortalecida a partir da instituição da Constituição Federal de 1988, que ficou conhecida como a Constituição Cidadã por ter como tema central a garantia dos direitos do cidadão. Como exemplo, o voto, que se tornou direto e secreto por meio da participação da população brasileira em lutas organizadas. Como assegura CARVALHO (2004) a legislação vigente é pouco restritiva e mais liberal.

A aprovação da Constituição Federal de 1988 representou a ruptura com o ocorrido na antiga conjuntura do sistema brasileiro de proteção social construída a partir dos anos 1930 em que SANTOS (1994) designou como “cidadania regulada”. Esse conceito é criado para explicar a política econômica-social pós anos 1930 no Brasil.

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. “Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei” (SANTOS, 1994, p. 68).

SANTOS (1994) deixa claro que o alcance da cidadania se dava por meio da profissão reconhecida por lei e ampliação dos direitos agregados a tal profissão. Os direitos do cidadão se limitam aos direitos acrescidos como trabalhador. Antes da Constituição a pessoa só era cidadã caso tivesse uma ocupação reconhecida por lei, ou seja, a cidadania era regulada. A carteira de trabalho comprovava a cidadania de cada um. Várias políticas sociais eram voltadas apenas para os “cidadãos”, excluindo muitos de seus direitos como exemplo, os benefícios previdenciários e a assistência médica. O Estado regula tudo que lhe causa alguma ameaça ou que altere o sistema imposto.

O ponto que preocupa debater gira em torno das possibilidades, desafios e avanços da construção da cidadania, tendo como objeto o movimento da sociedade. Como a busca da cidadania poderia fazer parte das práticas sociais?

DAGNINO (1994) afirma que existe uma nova cidadania na década de 1990 que demanda a composição de sujeitos sociais ativos, determinando o que avaliam ser seus direitos e lutando para serem reconhecidos. As lutas por direitos compõem o alicerce para a nova noção de cidadania. A constituição da democracia só depende de como a nova cidadania irá funcionar enquanto estratégia política.

A nova cidadania ou cidadania ampliada respeita a construção da democracia e se constitui por meio de três elementos que são esclarecidos por DAGNINO (2004). O primeiro elemento trata da noção de direitos. Redefinição de direitos. Essa definição inclui a criação de novos direitos por meio das lutas e práticas concretas. O segundo elemento explica que a nova cidadania demanda sujeitos sociais ativos, sabendo quais são os seus direitos e lutando na garantia deles. Já o último elemento aponta que o que vale realmente é o direito de participação na demarcação do sistema político. Tem-se aí a invenção de uma nova sociedade.

Os direitos, explica TELLES (1994), funciona como princípios para regular as práticas sociais. Por meio dos direitos a sociedade civil vai à busca de democracia. Uma forma de se garantir direitos é por meio dos espaços públicos onde é possível se expressar, arriscar ideias dentro de um espaço que pode ser marcado por diferenças e conflitos, onde no final pode se garantir avanços ou retrocessos.

Utilizando-se do direito de organização, o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), contribuiu para a democratização do sistema por meio de sua organização e luta em busca

de terra que resultou em exemplo para outros grupos de pessoas que estavam à procura da garantia de direitos. Mas a situação mudou no final do mandato de Sarney e assim o exercício da cidadania foi limitado novamente no Brasil. A corrupção crescia no governo Collor, o presidente que sucedeu Sarney, forçando a população ir às ruas exigir o impedimento de exercício de Collor. CARVALHO (2004) afirma que ter levado até o fim o impedimento, significou um avanço na prática democrática.

Em 1996 foi instituído o Programa Nacional de Direitos Humanos que prevê medidas designadas a resguardar esses direitos que também constituiu um progresso na realidade brasileira. Os direitos extraídos na ditadura militar foram recuperados. A Constituição Federal de 1988 expandiu os direitos sociais, porém os direitos sociais ficaram sob ameaça por conta da desigualdade social que impede a construção de uma sociedade democrática (CARVALHO, 2004).

As inovações legais e institucionais trouxeram bons resultados no Brasil. “no entanto, pode-se dizer que, dos direitos que compõem a cidadania são ainda os civis que apresentam as maiores deficiências em termos de conhecimento, extensão e garantias” (CARVALHO, 2004, p. 210). As pessoas desconhecem os direitos que possuem assim torna-se extremamente complicado exigir direitos.

Para CARVALHO (2004), cidadão pleno passou a ser aquele que goza de todos os direitos, civis, políticos e sociais. E existem caminhos distintos para a obtenção da cidadania. E cada tipo de caminho influencia o tipo de cidadão que irá se formar e posteriormente o tipo de democracia que irá gerar na sociedade. Para atingir a democracia é necessário, antes de tudo, fortificar a organização da sociedade para democratizar o poder. A organização carece ser feita contra o Estado corporativista, clientelista.

Quando a sociedade vai à busca pela democratização isso enfraquece o modelo neoliberal. A luta pela democratização seria segundo o Grupo de Estudos Sobre a Construção Democrática, GESCD (1998-1999, p. 51), “[...] a desprivatização do Estado, eliminando o acesso privilegiado dos interesses privados à agenda e às decisões do Estado, e na construção da capacidade da sociedade civil de participar ativamente da elaboração dessa agenda e dessas decisões [...]”.

Presentemente ainda permanece uma precária democracia que não consegue eliminar a desigualdade social (CARVALHO, 2004). Um novo regime político poderá ser alcançado quando

a sociedade participar de espaços públicos em que suas ideias sejam levadas em consideração para assim, por meio de sua ação, exercer o seu papel de cidadão que foi garantido pela legislação brasileira. Nesta perspectiva, torna-se importante pensar qual a função da sociedade civil na construção da democracia.

Hoje, na sociedade civil, existe um conflito de ideias entre o projeto neoliberal e o projeto democrático-popular, onde NEVES e SILVA (2009, p. 2) explicam que:

O primeiro, sendo ele uma das estratégias para a crise do capital, prioriza a estabilidade monetária a qualquer preço, reduzindo os gastos na área social e transferindo as responsabilidades do Estado com relação às políticas sociais públicas para o setor privado ou para a própria sociedade civil. O segundo, afinado com os setores progressistas da sociedade que lutaram por sua redemocratização nas décadas de 70 e 80, afirma a necessidade da participação e do controle social da população sobre as decisões públicas junto ao governo local no sentido de garantir a universalização dos direitos, assegurados pelo Estado.

Estas propostas neoliberais procuram retirar o Estado da responsabilização de intervenção na garantia aos direitos de cidadania, transferindo para a esfera do “terceiro setor”, a sociedade civil, financiadas num sistema de solidariedade universal e compulsória como afirma MONTAÑO (2003) ou repassando a demanda para o mercado garantir o seu lucro.

O “terceiro setor”, como explora MONTAÑO (2003), desenvolve um papel fundamental no processo de reestruturação neoliberal, originando a reversão dos direitos da cidadania. Mas havendo articulação das lutas num projeto de classe, a busca da hegemonia burguesa na sociedade civil sofrerá um atraso ao ter esse processo dificultado a partir das lutas travadas através da participação social.

Na busca pela democratização, a sociedade civil precisa atuar segundo a lógica da democratização, transparência e publicização. É imprescindível um diálogo que ofereça possibilidades de submeter às diferentes ideias ou os distintos interesses, uma manifestação pela busca de consensos. Na busca pelo caráter público e autonomia em relação ao Estado, a sociedade civil disputa poder tanto no âmbito do Estado quanto fora dele, no interior da sociedade como um todo. Atingindo essas e outras características a sociedade civil poderá contribuir para a democratização.

Nos anos 1990, sociedade civil por meio de lutas garantiu a sua inserção no Estado. Os dois apostaram em uma ação conjunta para o aprofundamento da democracia e que hoje pode ser vista, na prática, nos espaços públicos de participação. Nesses espaços públicos o poder do Estado é compartilhado com a sociedade. O princípio de participação social garantido na Constituição de 1988 é característica central do projeto democrático-popular (DAGNINO, 2004).

#### **1.4 Cidadania e Saúde no Brasil**

Na segunda metade dos anos 70, a participação popular através de movimentos sociais, se fez mais presente na cena política ao se contrapor ao regime militar. Esse exemplo ilustra que um fator importante para a democratização é a participação que pode garantir lugar na vida política do país, como assegura o Grupo de Estudos Sobre a Construção Democrática (GESCD, 1998-1999).

Logo depois, no período que antecedeu a Constituinte, outra vez a participação social garantiu sua voz no debate político e fez a diferença na construção de uma Constituição Cidadã. A reforma institucional da saúde garantiu a participação da população na política.

“A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos” (BRASIL, 2010, p. 16). Uma das propostas da Reforma Sanitária equivale à construção do SUS. Ao abranger o SUS como um artifício, o projeto de Reforma Sanitária tinha como embasamento o Estado democrático de direito e como objetivos principais a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Esses avanços ocorreram fruto da participação social em importantes lutas.

Na Constituição Federal de 1988 é posto que as ações da saúde e seus serviços disponíveis a toda população brasileira, já que é universal, integram e constituem um sistema único que tem como uma de suas diretrizes a participação popular (ou comunitária) e o controle social dos usuários do SUS em defesa da garantia do direito a saúde. Sabendo que o conceito utilizado será o de que,

o 'controle social', na perspectiva das classes subalternas, visa à atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes (CORREIA, 2009, p. 68).

O controle social foi mais bem regulado pela Lei nº 8.142. Os usuários participam da gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis, e através dos Conselhos de Saúde, que são órgãos colegiados também em todos os níveis. Nos Conselhos de Saúde sucede a chamada paridade: enquanto os usuários têm metade das vagas, o governo tem um quarto e os trabalhadores outro quarto.

LUZ (1991) explica que os conselhos integrados de saúde compostos por representantes deveriam ser os porta-vozes da população usuária, mas isso não sucede. Além de existirem interesses divergentes, ocorre à centralização do poder institucional.

Apesar de tudo, algumas experiências localizadas desenvolveram-se e se mantiveram, a partir da 'abertura democrática', nos anos 80, quando governadores eleitos por partidos progressistas encorajaram a discussão e a inovação institucional por parte dos atores políticos em presença. Nessas experiências reside, talvez, um dos pontos de esperança para a transformação das políticas de saúde no Brasil, que pode originar resultados positivos para a transformação da ordem brasileira numa verdadeira ordem institucional democrática, na qual os direitos sociais de cidadania sejam finalmente respeitados (LUZ, 1991, p.94).

Todavia o que se vê ainda é uma lógica conservadora que raro se atenta com as mudanças nas políticas de saúde demandadas para a segurança da democratização e afirmação dos direitos de cidadania.

A década de 1990 apresentou uma vitória por parte das classes dominantes de cunho neoliberal que defendem: a privatização, a defesa do SUS apenas para os pobres e restringe o financiamento público. Dessa forma o Estado não cumpre com o estabelecido em lei que prioriza a saúde como universal, mas minimiza e focaliza suas ações e cria um sistema para as pessoas que podem consumir. “O cidadão é dicotomizado em cliente e consumidor. O cliente é objeto das políticas públicas, ou seja, do pacote mínimo para a saúde prevista pelo Banco Mundial, e o consumidor tem acesso aos serviços via mercado” (BRAVO E MATOS, 2008, p. 212).

Em 2002 com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva esperavam-se mudanças na política de saúde e a volta das ideias do projeto de Reforma Sanitária, mas isso não adveio. A saúde permaneceu focalizada e fragilizada com base em ações privadas e forte segmentação do sistema (BRASIL, 2010).

Na atual conjuntura o que tem sucedido com as forças progressivas são as trocas de valores. Os valores individualistas, corporativistas e focalistas estão sendo substituídos pelos valores coletivos e universais da sociedade. As lutas coletivas passam a serem lutas de interesses (VIANA apud BRASIL, 2010).

A população tem por desafio se articular com os movimentos sociais, participar e fortalecer espaços democráticos de controle social em defesa do projeto de Reforma Sanitária. É importante que os setores organizados da sociedade questionem o capitalismo imposto, lute pela democracia e exerça cidadania. Para isso torna-se necessário a educação permanente para o fortalecimento dos envolvidos no processo, enquanto sujeitos políticos coletivos.

Atualmente como mecanismos de garantia dos direitos a população tem além das conferências e os conselhos de saúde: o ministério público, a comissão de seguridade social e/ou da saúde do Congresso Nacional, os conselhos profissionais e os meios de comunicação na defesa dos direitos sociais (CORREIA, 2009).

“[...] a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde” (BRASIL, 2010, p. 19).

## **CAPÍTULO 2**

### **CONTROLE SOCIAL E SAÚDE: A QUESTÃO DOS CONSELHOS**

Os conselhos de saúde são espaços públicos de participação que foram incorporados na política como parte de uma diretriz – participação da comunidade – garantida na implementação do SUS. A ocupação e a participação social desses espaços passa a ser compreendida por controle social já que é um local em que a sociedade se apresenta a frente da vigilância, fiscalização dos recursos e propõe ideias para solucionar problemas e avanços na política de saúde brasileira. O primeiro tópico deste capítulo fará referência a uma breve análise do conceito e história do controle social no Brasil e logo em seguida, será abordada no próximo item, a participação social na política de saúde brasileira no âmbito dos conselhos de saúde.

#### **2.1 O controle social na saúde**

O conceito de controle social é utilizado por muitos autores como o controle do Estado sobre a sociedade para amenizar alguns conflitos sociais. Durante a ditadura o controle social foi exercido pelo Estado autoritário sobre a sociedade por meio de decretos, atos institucionais para reprimir os movimentos sociais e dominar as lutas sociais que eram travadas contra o governo ditatorial. Na área da saúde esse conceito ganha força, com a reforma sanitária, na ideia da sociedade civil controlar o Estado, oposto ao conceito empregado no período ditatorial. Após os anos 1980, o conceito que está exposto na sociedade organizada é totalmente inverso ao primeiro apresentado, por traçar a sociedade no comando do controle sobre o Estado e por ser um meio fortalecedor da sociedade civil (CORREIA, 2000; NEVES, 2010).

Por controle social, VASCONCELOS (2009, p.77) compreende ser “a ocupação dos espaços de participação social possibilitados – criados e a serem criados – pela Constituição Federal de 1988, objetivando o conhecimento, vigilância, comando e fiscalização dos recursos, espaços e serviços públicos por parte da sociedade organizada”. A partir desse conceito é possível entender o controle legalmente adquirido pela sociedade civil.



NEVES (2010) chama atenção para o uso do conceito de controle social que não é mais apropriado nem controle social e nem controle democrático. Mas sim, pensar e enquadrar o conceito na ideia de como a sociedade civil pode influenciar e decidir sobre as políticas públicas. É necessária a modificação nas práticas políticas. Nesse momento o surgimento dos espaços públicos participativos é importante para mobilizar os sujeitos políticos por meio da participação desses atores e também por se tornar uma prática para a democracia que começa no Brasil com a Constituição Federal de 1988 que é considerada um marco na redemocratização do país por afirmar a ideia de democracia participativa no Brasil. “É importante destacar que esses novos conceitos trazidos com a redemocratização da sociedade são apropriados por projetos políticos antagônicos, quais sejam, o neoliberal e o democrático-popular” (NEVES, 2010, p.49).

Ao valer-se de mecanismos de controle social a população organizada poderá interferir na forma como serão utilizados os bens e serviços públicos. Um dos requisitos importantes que o controle social por meio de canais democráticos de participação social apresenta é o estabelecimento de relações entre o Estado e a sociedade (CORREIA, 2000).

Os mecanismos de controle social são, ao mesmo tempo, resultados do processo de democratização do país e pressupostos para a consolidação dessa democracia. O fortalecimento do exercício do controle social contribuirá para o alargamento da esfera pública e para a consolidação da democracia no Brasil (CORREIA, 2000, p. 54).

O controle social surge na tentativa da sociedade de maneira organizada influenciar as políticas públicas para que o governo atenda as demandas e reivindicações da população. A democratização faz parte desse procedimento que precisa ter como questão central a descentralização. Dentro de um espaço de participação social é imprescindível à descentralização do poder para que se efetue a democratização tanto desejada e isso pode ser visto graças ao caráter deliberativo que cobre a interferência dos usuários do SUS. “O caráter descentralizado e democrático, com participação da sociedade na política de saúde, expressa as bases de uma nova relação entre Estado e sociedade na realidade brasileira” (CORREIA, 2000, p. 56). Por meio da descentralização e da democratização das políticas públicas o município pode ser reconhecido como ente autônomo da federação e assim, repassar para o domínio local competências e recursos públicos capazes de fortalecer a participação social nas decisões políticas (BRAVO, 2008).

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, as ações e serviços públicos de saúde formam um sistema único e organizado baseado nas seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988). O presente trabalho irá se aprofundar na diretriz que dispõe sobre a participação da comunidade na política de saúde.

Para a diretriz da participação da comunidade foi criada a Lei nº 8.142 de 1990 que organiza e esclarece acerca de como deve acontecer o exercício do controle social na saúde pela população brasileira que é um direito garantido e mais outras questões, como exemplo, as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Essa participação institucionalizada foi declarada como controle social na saúde (CORREIA, 2000). A temática do controle social tomou corpo no Brasil a partir dos anos de 1980 e teve como precursora nesse processo a área da saúde (CORREIA, 2006). A sociedade tem controle sobre as ações do Estado. A Lei nº 8.142/90 apresenta espaços públicos de participação que serão aproveitados pela sociedade na gestão do SUS. Esses espaços correspondem as conferências e conselhos de saúde que são uma conquista do Movimento Sanitário. A conferência de saúde ocorrerá a cada quatro anos com a presença de vários segmentos sociais para avaliar a situação da realidade e apresentar propostas para a política de saúde. Já os conselhos de saúde, tema alvo desse trabalho, são órgãos permanentes, predominantes nas três esferas de governo com a função de deliberar. Composto por representantes do usuário do SUS, governo e trabalhadores da área de saúde.

Essas duas formas de participação da sociedade civil na política de saúde, as conferências e conselhos de saúde, representam a participação institucionalizada e fortalecem a democracia participativa. A sociedade organizada intervém nas ações do Estado na esfera da política de saúde (CORREIA, 2000). Além desses espaços públicos de participação social são implementados no país outros novos como: os conselhos gestores, os fóruns, os orçamentos participativos e vários outros espaços de participação da sociedade civil (NEVES, 2010).

BRAVO (2008) lembra que nos anos 1980 no Brasil ao mesmo tempo em que se presenciou um processo de democratização, gerou-se também, uma crise econômica que perdura até os dias atuais. A Constituição Federal de 1988 representou o compromisso da expansão dos

direitos sociais frente à crise econômica. E na extensão dos direitos sociais a participação da sociedade civil concebeu um ganho importante e necessário para a população brasileira. E o controle social posto na Constituição é o de participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Nos anos 1990 ocorre o crescente aumento dos espaços públicos de participação com o objetivo de ampliar a participação social. Nas novas relações entre Estado e sociedade civil acontece uma negociação entre os dois que permite uma ação conjugada na finalidade de defender os interesses coletivos (NEVES, 2010).

Nesse aspecto, quando os cidadãos participam da construção do sistema político, reconhecem os seus direitos de cidadão, essas experiências cooperam para a criação de espaços públicos que são lugares onde as ideias podem ser expostas, discutidas e negociadas (DAGNINO, 2004).

RAICHELLIS (2006) aponta que nessas últimas duas décadas se têm falado bastante a respeito da gestão das políticas sociais. E afirma que essa discussão ganha importância pelo caráter das políticas sociais de mediação entre as demandas sociais e as respostas dadas pelo governo.

Na relação entre Estado e sociedade, CORREIA (2000) apresenta resumidamente uma retrospectiva do que aconteceu a partir de 1964 em particular no setor saúde dando ênfase à contextualização do controle social. Cabe destacar que na ditadura militar ocorria controle apenas do Estado sobre a população por ter sido abolido no momento qualquer possibilidade de participação da sociedade. Em 1979, um momento de abertura política, os movimentos populares e sindicais ressurgem, já que anteriormente tinha sido reprimida a sua mobilização. Com a pressão dos movimentos o Estado foi obrigado a assumir compromissos, como exemplo, na área da saúde onde houve melhoria da qualidade do serviço por conta da relação entre secretaria de saúde e população. Os Conselhos Populares na Zona Leste de São Paulo e se uniram ao movimento de saúde em 1976 que não assumiam as mesmas características dos conselhos atuais. Esses conselhos foram compostos por pessoas que viam o descaso do setor saúde no país. Após as experiências dos conselhos populares conforma-se uma nova relação do Estado com os movimentos populares. Nos anos 1980 alguns movimentos passam a negociar com o Estado dando outro rumo ao controle social. Nesse momento o Movimento Sanitário consegue até

implantar determinadas propostas em planos oficiais e mais tarde, na abertura da VIII Conferencia Nacional de Saúde em 17 de março de 1986 propôs o SUS como alternativa para a realidade do setor saúde. A participação social no sistema de saúde foi um dos pontos discutidos na conferencia e garantido como um dos princípios da política de saúde inserido na Constituição Federal de 1988. “O controle social é apresentado como imprescindível para a democratização do sistema” (CORREIA, 2000, p. 61).

CORREIA (2009) afirma que para gerar resultados por meio do controle social vai depender da correlação de forças dentro dos espaços de participação que é resultante de uma correlação de forças, existente dentro da sociedade civil. A construção de um projeto comum para a sociedade é essencial para que haja algum controle social.

Os espaços públicos de participação da sociedade civil são importantes para se afirmar direitos tornando-se uma saída contra o projeto neoliberal. Entretanto para se alcançar esse resultado muitos desafios terão que ser enfrentados (NEVES, 2010).

## **2.2 O surgimento dos conselhos de saúde e a participação social**

A sociedade civil se organizou de maneira unificada, sendo o exclusivo núcleo de resistência, no combate ao Estado autoritário exercendo um papel importante no extenso processo de transição democrática que não se faz de maneira linear, mas com avanços, estagnação e retrocessos. Essa luta coligava os mais distintos setores sociais que nomeavam os diferentes projetos políticos que se determinavam, expressando ideias diferenciadas, tornando, portanto mais clara a própria heterogeneidade da sociedade civil (DAGNINO, 2002).

A democratização pode ser vista a partir da volta das instituições democráticas formais (eleições, livre organizações-partidárias, etc.) que ocorre com o fim da ditadura militar. Além da ampliação e radicalização da noção de democracia também houve a necessidade de aprofundar o controle do Estado por parte da sociedade. Por isso surge à necessidade de uma nova cidadania, como já foi mencionado nesse trabalho, que aponte para uma sociedade mais igualitária e com membros que se reconheçam como sujeitos de direitos, inclusive o de participar da gestão da

sociedade. Um exemplo dessa sociedade está na construção de espaços públicos como os conselhos (DAGNINO, 2002).

Como afirma GOHN (2001) a forma “conselho” utilizada em coletivos organizados da sociedade civil não é nova na História. Alguns pensadores asseguram que os conselhos são uma invenção tão velha quanto à própria democracia participativa. Ou seja, a participação da sociedade civil no processo de democratização (DAGNINO apud NEVES, 2008).

Nos anos de 1980 existiam vários tipos de conselhos que se dividiam em conselhos populares e conselhos comunitários e outros. O primeiro se baseava nos princípios da participação direta e o segundo era pronunciado pelos poderes públicos segundo critérios de representatividade que julgavam a participação indireta. Logo depois essas formas de participação abdicam lugar a duas novas denominações: participação cidadã e participação social, como esclarece GOHN (2001), que depressa, em 1990, se cruzam. Os conselhos são os maiores exemplos de participação cidadã.

Os conselhos tem uma importante função de organismo mediador na relação sociedade e Estado e estão inscritos na Constituição Federal de 1988 como instrumentos de expressão, representação e participação da sociedade. No presente trabalho será dada ênfase aos Conselhos de Saúde, mais precisamente ao Conselho de Saúde do Distrito Federal.

O conselho de saúde, espaço de controle da política, segundo VASCONCELOS (2009) é o esclarecimento das ideias defendidas desde o começo do movimento pela politização da saúde. O movimento de reforma sanitária consiste em o protagonista na luta por uma nova política de saúde, diferente da anterior ao SUS. O SUS foi estabelecido como uma estratégia do movimento sanitário com a prioridade de garantir que o Estado funcione a favor da sociedade como Estado democrático responsável pela política de saúde (BRAVO, 2008).

A participação da sociedade nos conselhos se aplica também na gestão das políticas por meio do planejamento e fiscalização da ação do governo diante de ideias e projetos levantados pela própria sociedade atuante nesse meio de controle social. Através do conselho são estabelecidas novas relações entre a sociedade e o Estado (BRAVO, 2008).

O Conselho de Saúde é um espaço composto por usuários, gestores da saúde, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde, de caráter permanente,

deliberativo e paritário. Ou seja, tem que ser composto por 50% de usuários e 50% de gestores, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde. O objetivo principal do Conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo (BRAVO, 2008, p. 47).

De acordo com a resolução nº 333 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde em sua composição serão disponibilizados dos 50%, os 25% das vagas aos prestadores de serviços públicos e privados e 25 % das vagas aos trabalhadores de saúde.

O conselho de saúde é um conselho gestor classificado como conselho de política. O conselho de política é ligado às políticas públicas mais estruturadas ou materializadas em sistemas nacionais, previstos em lei são considerados como peça integrante do sistema nacional. É um espaço para ampliar a participação dos segmentos com menos ingresso ao aparelho de Estado e se torna essencial no processo da descentralização e democratização das políticas sociais (TATAGIBA, 2002).

Os conselhos são espaços de disputa por serem compostos por vários segmentos que apresentam diferentes interesses e ideias contraditórias. Mas que “apesar das diferenças é possível afirmar, no entanto, que a grande novidade que os anos 1990 trazem consigo é uma aposta generalizada na possibilidade de uma atuação conjunta, de “encontros” entre o Estado e a sociedade civil” (DAGNINO, 2002, p. 13). Nesse espaço o controle é feito pela sociedade. Então a presença e ação organizada são importantes nesse processo de democracia participativa (BRAVO, 2008).

Como posto anteriormente existe dois projetos em disputa que são distintos: o projeto neoliberal e o projeto político democratizante, participativo que marcam hoje a luta pelo aprofundamento da democracia na sociedade brasileira. DAGNINO (2004) aborda que nos dois projetos é necessária “uma sociedade ativa e propositiva”. De um lado se tem um projeto de Estado mínimo que não toma para si a responsabilidade da garantia de direitos e transfere para a sociedade civil e do outro lado, a criação de espaços públicos de participação que possibilita a tomada de decisão da sociedade. O projeto democratizante e participativo luta para que o projeto neoliberal não se torne hegemônico.

NEVES (2008) argumenta que a participação da sociedade civil pode ser compreendida como uma possibilidade na formação da democracia na ocasião em que acontece a divisão do

poder de decisão entre o Estado e sociedade acoplada à capacidade de negociação e ao controle democrático sobre o Estado. E por outro lado tem a possibilidade de se ter um limite à construção de democracia e dos espaços públicos, pois pode ser que o Estado almeje repassar as suas responsabilidades para a sociedade. A autora enfatiza que é importante distinguir e qualificar os tipos de participação que surgem em diferentes conceituações teóricas.

“Desse modo, o conceito de participação é apropriado por diferentes projetos e práticas políticas antagônicas. Tanto os discursos quanto as práticas societárias vividas pelos atores nos anos 1990 mostram esse dilema de qualificação” (NEVES, 2008, p. 19).

Os conselhos são espaços que abrigam diferentes segmentos da sociedade que representam a população e por isso assumem como característica a disputa entre projetos. Pode haver no conselho o consenso em torno das alterações na política de saúde, de acordo com orientações neoliberais ou pode haver a ampliação da democracia e a construção de uma nova hegemonia por meio da participação de segmentos organizados da sociedade civil que representem as classes subalternas. Os projetos em disputa são contrapostos, pois dentro desse espaço de participação cada conselheiro representará diferentes interesses que darão a direção de como estimular a política de saúde (CORREIA, 2006).

O espaço de participação popular nos conselhos é contraditório: pode servir para legitimar ou reverter o que é posto. Porém, não deixa de ser um espaço democrático, em que vence a proposta do mais articulado, informado e que tenha maior poder de barganha; é uma arena de lutas em torno do destino da política de saúde nas três esferas do governo. Nos conselhos de saúde estão presentes diversos interesses: públicos, privados, corporativos, coletivos, individuais (CORREIA apud CORREIA, 2000, p. 64).

TATAGIBA (2002) afirma que os conselhos de saúde têm assumido como espaço participativo, a partir da Constituição de 1988, importância, pois é visível o aumento de energia e investimentos oferecidos exclusivamente a esse espaço institucional.

Existem conselhos de saúde em todos os níveis de governo. A nível nacional tem-se o Conselho Nacional de Saúde; a nível estadual, os conselhos estaduais em todos os estados do Brasil e a nível municipal, os conselhos municipais em quase todos os municípios brasileiros (BRAVO, 2008).

Hoje no Brasil, de acordo com o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS<sup>1</sup> existem 5.565 conselhos municipais, dos 26 estaduais, do Distrito Federal e dos 36 conselhos distritais de saúde indígena junto ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde. Lançado pelo Ministério da Saúde o Sistema tem como objetivo mapear o controle de saúde. O SIACS também vai mostrar se os conselhos estão cumprindo as normas legais relacionadas aos SUS e vai permitir que a população conheça os documentos normativos dos conselhos, além de dados relacionados à dotação orçamentária e possível cadastramento de suplentes. De acordo com os dados do Ministério da Saúde, que foram incluídos em uma cartilha<sup>2</sup> sobre o SIACS, já estão cadastrados no Sistema 24 estados, sendo que faltam apenas os conselhos estaduais do Acre, da Bahia e de Minas Gerais (BRASIL, 2012). Como expõe CORREIA (2000) a participação social por meio dos conselhos é real no país. E como exemplo tem-se a ação dos conselheiros no Conselho de Saúde do Distrito Federal que é o foco desse estudo e será analisado no próximo capítulo.

---

<sup>1</sup> O SIACS é um sistema de informação e dados atuais importantes dos conselhos de saúde do Brasil.

<sup>2</sup> A cartilha foi criada no ano de 2012 pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Conselho Nacional de Saúde para orientar os conselhos de saúde no cadastro que deve ser feito no SIACS.



## **CAPÍTULO 3**

### **O CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Esse capítulo consiste na análise dos dados coletados para essa pesquisa a partir da observação de campo e de entrevistas feitas com os conselheiros representantes dos usuários do SUS. No primeiro tópico será realizada uma rápida contextualização histórica do Conselho de Saúde do Distrito Federal que incidiu no local de observação da pesquisa. A seguir será pontuada a participação da sociedade civil por meio dos representantes dos usuários do SUS no Conselho de Saúde do Distrito Federal e a sua relação com o fortalecimento do SUS no Distrito Federal.

#### **3.1 Histórico do Conselho de Saúde do Distrito Federal**

O Conselho de Saúde do Distrito Federal foi instituído no dia 28 de março de 1973, por meio do Decreto nº 2.225 na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. É decretada a criação do Conselho de Saúde do Distrito Federal que apresentaria como atribuição específica deliberar sobre o que lhe era submetido e podendo também, controlar e propor medidas de interesse na formulação da política de saúde local.

No início da formação do Conselho de Saúde do Distrito Federal a sua composição era: de um presidente que seria o secretário de saúde; seis membros efetivos escolhidos pelo governador local que nesse período era o Hélio Prates da Silveira, dentre essas pessoas, todas deveriam ter experiência na área da saúde ou serem representantes de instituições oficiais do setor, moradoras do Distrito Federal; seis membros colaboradores representando a Associação Médica de Brasília, a Associação Brasileira de Odontologia - Seção DF, a Associação Brasileira de Enfermagem - Seção DF, a Sociedade de Medicina Veterinária do Distrito Federal e a Associação Brasiliense de Hospitais, designados pelo Secretário de Saúde, mediante indicação das respectivas entidades e membros honorários em número variável; os ex-titulares da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Sendo de três anos o mandato dos membros efetivos. É possível notar nesse período que apenas os gestores e trabalhadores do campo da saúde faziam parte do Conselho.

Nas reuniões do Conselho de Saúde os votos eram limitados. Membros colaboradores e honorários não tinham direito de votação, mas assim como os membros efetivos tinham direito a gratificação. A reunião dos membros ocorria quando o presidente ou dois terços dos membros efetivos marcava uma reunião ordinária ou extraordinária.

No momento da criação não havia um regimento interno do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Apenas em 1984, mais de 10 anos depois da criação do Conselho, o regimento veio a ser aprovado por meio do Decreto nº 7.885. E que logo depois, através da Resolução nº 01 de 1997 houve alterações no regimento interno aprovado pelo plenário do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

Durante a história do Conselho de Saúde muitas mudanças sobrevieram para se chegar ao que se tem hoje funcionando no estado do Distrito Federal. As alterações são feitas, principalmente, para que o Conselho se torne um meio de controle social que atenda as demandas da sociedade atual.

A primeira alteração é feita por meio da Lei nº 070 de 22 de janeiro de 1989 que como atribuição do Conselho de Saúde do Distrito Federal são acrescidas algumas outras que esclarecem que o Conselho deve: definir a política de diretrizes gerais a serem adotadas no setor saúde; aprovar Planos de Programa de Saúde; opinar sobre projetos de lei e continuar como órgão deliberativo e definidor da inter-relação que deve existir entre os diferentes setores. A composição do Conselho também foi modificada. O Conselho seria formado por 16 membros sendo: três membros da Secretaria de Saúde; um do Ministério da Saúde; um do Ministério da Previdência; um do Ministério da Educação; um do Ministério do Trabalho; um dos prestadores de serviço de saúde e oito representantes da comunidade. Essa composição já é mais parecida com a atual formação. Nessa gestão do Conselho é importante observar que a comunidade já podia participar, pois um pouco antes ficou estabelecida na Constituição Federal de 1988, no artigo 198, como diretriz da política de saúde, a participação da comunidade.

A Lei nº 469/93 trata da próxima alteração que novamente modifica as atribuições e composição do Conselho por ser necessária a implementação da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 33/92. A composição do Conselho seria ainda formada por 16 membros conselheiros onde quatro seriam representantes dos prestadores de serviço distribuídos entre o Hospital Universitário de Brasília (HUB), a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

(SES/DF) e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF); quatro representantes dos trabalhadores; oito representantes dos usuários do SUS e mais o secretário de saúde como presidente na condição de membro nato.

Depois de aprovada a Lei nº 2.413 de 29 de junho de 1999 a composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal passou a ser de 10 membros. Nesse conjunto de conselheiros existia: três representantes dos prestadores de serviço que seria da SES/DF, do HUB ou do Hospital das Forças Armadas (HFA) e do FHDF; dois representantes dos trabalhadores sugeridos pelas entidades dos sindicatos do setor saúde e cinco representantes dos usuários do SUS sendo um de associações dos portadores de necessidades especiais, um de associações de portadores de patologias, um de entidades de defesa do consumidor, dois representantes dos Conselhos comunitários, associações de moradores ou equivalentes.

A quarta modificação que contem diretrizes válidas atualmente é representada na Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011 dispõe acerca da organização, da composição e das atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal em conformidade com a Constituição Federal de 1988; a Lei nº 8.080/90; a Lei nº 8.142/90; a Lei Orgânica do Distrito Federal e as diretrizes da Resolução nº 333 de 2003 do Conselho Nacional de Saúde que aprova diretrizes de criação, reformulação, estruturação, e funcionamento dos conselhos de saúde.

Hoje o Conselho é formado por 28 membros conselheiros titulares, sendo que, para cada titular haverá um suplente. São 14 conselheiros representantes dos usuários do SUS, sete conselheiros representantes dos trabalhadores da área de saúde e sete conselheiros representantes dos gestores e prestadores de serviços públicos e privados de saúde. Na composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal o Secretário de Estado é considerado membro permanente.

Os membros representantes dos usuários são distribuídos de maneira paritária com relação ao conjunto dos demais segmentos pertencentes ao Conselho de acordo com a Resolução nº 333/2003 e a Lei nº 4.604/2011. Os conselhos de saúde se diferem dos outros no âmbito da paridade por ser o único a prever a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados nos conselhos, ou seja, a quantidade de usuários necessita ser igual à soma dos outros por apresentar menor poder no sistema (TATAGIBA, 2002).

Os usuários do SUS serão representados por: associações de doentes renais crônicos; associações de portadores de deficiência física; associações de portadores de doenças raras;

associações de diabéticos; associações de hemofílicos; associações do segmento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT; associações de apoio aos pacientes com câncer; organizações religiosas; associações de alunos da área de saúde; associações de trabalhadores rurais; associações ou entidades de defesa do consumidor; associações de aposentados, pensionistas ou idosos; associações de pessoas com deficiência mental e associações ou entidades ambientais.

Já as vagas dos representantes dos trabalhadores de saúde deverão ser divididas pelas seguintes áreas ou seguimentos: duas vagas para os representantes do sindicato ou associação dos médicos; uma vaga para o representante do sindicato ou associação dos enfermeiros; uma vaga para o representante das demais carreiras de saúde de nível superior; uma vaga para o representante dos farmacêuticos; uma vaga para o representante dos trabalhadores das atividades-meio e uma vaga para o representante do Sindicato dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

A escolha dos gestores deverá ocorrer por meio das seguintes representações: um representante dos hospitais privados; um representante da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS; um representante do HUB ou dos Hospitais Militares das Forças Armadas; três representantes da SES/DF; um representante da Fundação Hemocentro de Brasília.

Para o bom funcionamento do Conselho foram estabelecidas competências aprovadas na Lei nº 4.604/2011, sendo algumas delas: aprovar e acompanhar as diretrizes gerais da Política de Saúde do Distrito Federal; programar, em caráter complementar, a mobilização e a articulação da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS para o controle social da saúde; deliberar sobre os programas e projetos de saúde a serem encaminhados à Câmara Legislativa do Distrito Federal; fiscalizar e controlar a execução orçamentária e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo os do Fundo de Saúde do Distrito Federal; promover diligências para fiscalizar, quando necessário, nas unidades da SES/DF; entre outras.

De acordo com a primeira diretriz da Resolução nº 333/2003 um conselho de saúde é integrante da cultura básica do Ministério de Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios, portanto se faz indispensável o Conselho de Saúde do Distrito Federal como um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental da SES/DF e de uso de todos como local de participação da sociedade civil.

### 3.2 Metodologia da pesquisa no Conselho de Saúde do Distrito Federal

A pesquisa qualitativa foi escolhida por permitir apresentar as particularidades dos conselheiros entrevistados e por ter sido usado na pesquisa o método de obtenção de dados mediante contato direto com o pesquisador e o objeto de estudo. Como expõe MINAYO (2010, p. 21) “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares [...] e aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas”.

Como instrumentos adequados de pesquisa para a captação de informações foram utilizados a observação participante e as entrevistas com os conselheiros representantes dos usuários do Conselho de Saúde do Distrito Federal. “As entrevistas são os instrumentos mais usados nas pesquisas sociais porque, além de permitirem captar melhor o que as pessoas pensam e sabem, observam também a sua postura corporal, a tonalidade de voz, os silêncios, etc.” (MARSIGLIA, 2001, p. 27).

TRIVINOS (1990) explica que observar significa que um evento social tenha sido separado de seu contexto para que em sua dimensão singular seja estudado em seus atos, atividades, relações, etc. Assim a observação participante é “uma importante técnica de coleta de dados, empreendida em situações especiais e cujo sucesso depende de certos requisitos que a distinguem das técnicas convencionais” onde o observador tem papel ativo, pois pode modificar o contexto e ao mesmo tempo ser modificado e sofrer influencia do contexto que observa (HAGUETE, 2001, p. 60).

As entrevistas semiestruturadas constituíram também como técnica de coleta de informações utilizada nesse trabalho. Tendo como requisito do trabalho a atividade individual foi importante utilizar as entrevistas por ser um dos principais meios que tem o investigador para realizar a coleta de dados (TRIVINOS, 1990). É importante que o investigador seja a pessoa que executa a entrevista por tirar total proveito de todas as informações cedidas pelo entrevistado.

Podemos entender por entrevista semiestruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessem à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de

seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVINOS, 1990, p. 146).

Os entrevistados nesse trabalho foram os membros do Conselho de Saúde do Distrito Federal da gestão atual (2011-2014), mais especificamente, os participantes do segmento que representam os usuários do SUS no Distrito Federal.

Dentre os 14 representantes dos usuários do SUS no Conselho de Saúde do Distrito Federal, foram escolhidos apenas cinco conselheiros por suas atuações enquadrarem-se nos critérios pré-estabelecidos nesse trabalho. Como critérios têm-se: os representantes que estão há mais tempo no Conselho de Saúde do Distrito Federal, ou seja, que tem mais experiência; os membros que estavam nas últimas duas gestões (2008-2011 e 2011-2014) e os representantes que tem maior poder de influencia nas decisões do Conselho de Saúde do Distrito Federal e que participam efetivamente do Conselho. Foram empregados esses critérios com um fim limitativo e principalmente, como forma de enriquecer o trabalho por meio das informações de ações vivenciadas pelos entrevistados.

A função principal de um roteiro de entrevista é auxiliar o pesquisador a conduzir a entrevista para alcançar o objetivo, pois às vezes a entrevista não segue o rumo que o entrevistador deseja para a pesquisa. O roteiro de entrevista semiestruturada desse trabalho é composto por quatro questões fechadas e 13 questões abertas. As questões fechadas foram utilizadas como forma de identificação e introdução para o aprofundamento que teria as próximas questões do roteiro. Já as outras questões, abertas, foram baseadas no tema especificado nos objetivos do trabalho. Foram feitas aos entrevistados perguntas descritivas para atingir o máximo de clareza nas descrições e perguntas explicativas ou casuais que podem determinar as razões imediatas ou mediatas do fenômeno social (TRIVINOS, 1990).

As perguntas que foram elaboradas para o roteiro de entrevistas não surgiram do nada, mas como esclarece TRIVINOS (1990) são fruto da teoria estudada pelo investigador, observações de campo e informações recolhidas sobre o tema do trabalho.

A observação participante e as entrevistas foram construídas durante um determinado período de tempo que correspondeu a cinco meses. O período consistiu de fevereiro a junho de 2012. Nesse momento sucediam as reuniões ordinárias do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

A observação participante se ateve as reuniões ordinárias que ocorriam na sede da SES/ DF. Como apresentado pela Lei n ° 4.604/2011 as reuniões ordinárias do Conselho de Saúde do Distrito Federal acontecem mensalmente com a participação dos membros conselheiros. Foi aproveitado o mesmo local para a execução das entrevistas, mas em horário contrário por ser um local de fácil acesso para os conselheiros entrevistados já que estavam lá presentes.

O acesso aos entrevistados foi atingido sem problemas ou dificuldades. No curso do trabalho ocorreu um contato com o Conselho de Saúde do Distrito Federal para saber a localização e datas das reuniões ordinárias e dentro do local de reuniões sucedeu o contato com os conselheiros me identificando como aluna da Universidade de Brasília que está fazendo um Trabalho de Conclusão de Curso de tema: A Participação da Sociedade Civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal e precisava fazer algumas entrevistas como forma de entender as ações dos conselheiros e enriquecer o trabalho com os discursos. E, além disso, de acordo com a Lei n ° 4.604/2011, art. 11, as sessões do Conselho de Saúde do Distrito Federal são abertas ao público.

As entrevistas foram gravadas com autorização dos conselheiros. Depois foram transcritas e classificadas aleatoriamente com letras do alfabeto como forma de manter a identidade dos entrevistados em sigilo (MARSIGLIA, 2001).

Em seguida, depois do processo interpretativo de transcrição foram avaliadas e interpretadas as respostas e opiniões dos conselheiros representantes dos usuários do SUS, buscando uma compreensão que vai além do escrito (MINAYO, 2010), para constatar se a hipótese foi aceita ou negada com o resultado da pesquisa.

Durante a análise dos dados, foi avaliado o grau de correspondência das afirmações das falas dos conselheiros com a realidade subjetiva (HAGUETE, 2001) e construídas categorias que se referiam a acontecimentos que os entrevistados relatavam ou a avaliações morais e sociais que eles fazem sobre acontecimentos, expectativas que expressavam etc. (MARSIGLIA, 2001).

### **3.3 A natureza e composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal**

A partir das entrevistas realizadas com os conselheiros representantes dos usuários dos SUS do Conselho de Saúde do Distrito Federal várias conclusões foram alcançadas acerca do

funcionamento, da organização, dos debates, da representação da sociedade, do perfil dos conselheiros e, sobretudo, foi possível chegar a algumas conclusões para a questão apresentada no início desse trabalho.

O Conselho de Saúde do Distrito Federal foi constituído com a finalidade de agir na formulação e proposição de estratégias e no controle do cumprimento das políticas de saúde do Distrito Federal e nas estratégias para a sua aplicação aos setores públicos e privados. Como estabelece o artigo 1º da Lei n º 4.604/2011:

O Conselho de Saúde do Distrito Federal – CSDF, órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, é composto por representantes do governo e prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal (BRASÍLIA, 2011).

A composição do Conselho Saúde do Distrito Federal, como dito anteriormente, compreende sete membros que representam os trabalhadores da área de saúde, sete membros que representam os gestores e prestadores de serviços públicos e privados de saúde e 14 membros que representam os usuários do SUS totalizando 28 conselheiros.

O Conselho é formado por membros voluntários, de acordo com a legislação, que não recebem nenhuma forma de remuneração para atuarem na participação do Conselho. E são dispensados do trabalho no dia de reunião sem nenhum tipo de perda mediante declaração emitida pela Secretaria Executiva do Conselho de Saúde. Entretanto um dos membros representantes do segmento dos usuários garantiu que “o conselheiro não ganha remuneração por estar representando os usuários e não tem seu ponto abonado no trabalho como os gestores e trabalhadores da saúde” (Entrevistado A). É visto nesse caso que não é garantido o que foi estabelecido na Lei n º 4.604/2011. Os membros que representam os usuários são os prejudicados por não terem a garantia do ponto abonado no respectivo trabalho.

TATAGIBA (2002) afirma que assim como na criação dos conselhos, os movimentos organizados da sociedade civil influenciam quanto à definição de alguns princípios que podem ser observados hoje nesses espaços. A obrigatoriedade da paridade na composição dos conselhos foi um dos princípios pelo qual a lei garantiu o equilíbrio nos processos de decisão nos conselhos.



Diante da Lei n ° 4.604/2011 ficou estabelecido que a mesa diretora em todas as reuniões estaria composta pelos três segmentos que representam os gestores, os trabalhadores e os usuários do SUS de acordo com a paridade, ou seja, teria além da secretária executiva e do presidente do Conselho, um representante dos gestores, um dos trabalhadores e dois dos usuários. E de fato, nas reuniões que ocorreram até o devido momento no ano de 2012 no Conselho de Saúde do Distrito Federal é pedido, no início de cada reunião pela secretária, a composição da mesa diretora pelos diferentes segmentos de conselheiros.

A Secretaria Executiva é um órgão ligado ao Gabinete da Secretaria de Estado de saúde do Distrito Federal. Esse órgão dá condições para que o Conselho funcione de acordo com as competências exigidas na legislação, inclusive a obrigatoriedade da paridade, e para que ofereça todo o suporte técnico-administrativo para as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal e às suas comissões. Nos termos da Lei nº 8.080/90 as comissões técnicas e grupos de trabalho são constituídos para estudo e atuação do Conselho em determinados problemas que estejam no âmbito de suas competências. Essas comissões são formadas por todos os segmentos do Conselho e fundamentadas no princípio da paridade.

A paridade garante metade das vagas de conselheiros para os representantes dos usuários do SUS. No Conselho de Saúde do Distrito Federal esse princípio é aceito numericamente, mas como expõe TATAGIBA (2002) isso não é o suficiente para proporcionar o equilíbrio decisório. O conselho é um espaço constituído por diferentes atores com distintas ideias produto da heterogeneidade da sociedade civil, garante DAGNINO (2002). E de tal modo é indispensável constituir acordos e reconhecer o outro para alcançar a eficácia nas ações e ampliar o potencial democratizante do conselho.

A procura pelo equilíbrio na representação dos interesses dos diferentes conselheiros e diferentes entidades que representam necessita ser estabelecida no cotidiano das práticas e das articulações no interior do conselho. Nesse momento a paridade não constitui somente o reconhecimento da legitimidade de cada conselheiro ou segmento, mas a competência de estabelecer e firmar acordos em torno das demandas (TATAGIBA, 2002). “Heterogeneidade na composição, respeito à diferença e capacidade de construir adesões em torno de projetos específicos parecem ser condições necessárias tanto para dotar de eficácia as ações dos conselhos como para ampliar seu potencial democratizante.” (p. 62).

O fluxo de trabalho dentro do Conselho ocorre baseado em uma pauta exposta em todas as reuniões ordinárias onde estão aglomerados os assuntos que serão discutidos naquele dia. A pauta serve para direcionar o debate dos conselheiros. Contudo para incluir um assunto na pauta é necessário que se faça:

por meio da Pré-Agenda onde podem expor projetos, denúncias, isso antes da reunião, diretamente com a secretária executiva do Conselho que depois colocará em pauta nas reuniões todos os projetos e denúncias da população recebidas pelos conselheiros. A população também pode exibir diretamente suas denúncias tanto para o conselho quanto para o Conselheiro para que a comissão possa apurar mais tarde (Entrevistado A).

Tabela 1 – Principais assuntos debatidos nas reuniões ordinárias de fevereiro a junho de 2012

<b>MÊS</b>	<b>Nº DA REUNIÃO</b>	<b>TEMA/ ASSUNTO DEBATIDO</b>
FEV	284 <sup>a</sup>	Terceirização das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)
		Posse dos conselheiros do Conselho de Saúde do Distrito Federal
		Serviço de Cardiologia no Hospital Regional do Guará
		Papel do Conselho de Saúde do Distrito Federal
		Execução orçamentária e financeira do Conselho de Saúde 2012
MAR	286 <sup>a</sup>	Integração do ensino e serviço de saúde
		Plano de Enfrentamento de Epidemia de HIV/AIDS
		Reorganização do Programa de Atenção à Violência (PAV)
ABRIL	288 <sup>a</sup>	Implementação do Plano Distrital de Promoção de Saúde (PPS)
		Criação da Organização de Procura de Órgãos e Tecidos (OPO)
		Apresentação do Plano Oncológico do Distrito Federal (2011-2014)
		Apresentação do relatório de gestão – SES/DF
		Apreciação e deliberação do Plano de Saúde (2012-2015)
		Apresentação da minuta da Resolução que reestrutura os Conselhos Regionais do Distrito Federal conforme a Lei nº 4604/2011
MAIO	289 <sup>a</sup>	Discussão a respeito das responsabilidades do Conselho de Saúde DF

		Proposta de Política Distrital de Atenção Integral à Saúde do Homem
		Análise do processo e andamento da contratação de serviço especializado para transplante de fígado
JUNHO	291 <sup>a</sup>	Atenção Básica em Sobradinho e posição do Conselho de Saúde DF
		Participação dos conselheiros em conjunto com a SES-DF na elaboração do Plano de Saúde (2012-2015)

Fonte: Conselho de Saúde do Distrito Federal

Na Tabela1 é possível visualizar os temas/ assuntos mais importantes discutidos nas reuniões ordinárias de fevereiro a junho de 2012 no Conselho de Saúde do Distrito Federal. No geral, os conselheiros deliberam muito sobre os programas e projetos de saúde a serem encaminhados à Câmara Legislativa do Distrito Federal, propõem diretrizes para elaboração dos planos de saúde e acompanham a execução financeira e a destinação dos recursos do Fundo de Saúde do Distrito Federal<sup>3</sup>.

Na discussão também trataram sobre a integração do ensino e serviço de saúde para que houvesse o estímulo e apoio às pesquisas na área para o próprio desenvolvimento da política de saúde no Distrito Federal. Aliás, na reunião de junho, houve a apresentação de uma aluna da UnB que expor seu projeto de pesquisa a respeito da Articulação dos Movimentos Sociais com os Conselhos de Saúde do Distrito Federal. A estudante se dispôs a exibir os resultados no Conselho para enriquecer o debate acerca do controle social no Distrito Federal.

Como o Conselho ainda está se organizando por ser uma gestão recente e principalmente, por ter ocorrido muitas mudanças no Conselho de Saúde do Distrito Federal mediante a Lei nº 4.604/2011 foi muito discutido nas reuniões ordinárias a respeito do papel e competências do Conselho de Saúde. Esse debate foi um ganho para os conselheiros por instruí-los em um assunto que agora faz parte da rotina de cada membro.

Ainda é admissível a inclusão de outros assuntos na pauta no próprio dia de sua exposição, ou seja, nas reuniões que serão debatidos apenas no final de toda a pauta. Mas os conselheiros abordaram que o ideal é ser feito antes das reuniões.

---

<sup>3</sup> Não foi possível adquirir informações acerca do acompanhamento financeiro executado pelos conselheiros e da destinação dos recursos do Fundo de Saúde do Distrito Federal.

Depois os conselheiros discutem, expõem ideias, votam a favor ou contra os projetos que foram colocados em pauta na reunião do Conselho. Nesse processo de discussão, aceitação de projetos DAGNINO (2002) garante, por meio de pesquisas, que as relações que se colocam entre a sociedade civil e o Estado são sempre tensas, permeadas pelo conflito. Esse conflito pode variar dependendo do quanto compartilham as partes envolvidas. “Os conflitos que permeiam essas relações não podem, portanto, ser simplesmente reduzidos a diferenças nas respectivas lógicas de atuação, derivadas de características estruturais distintas, do Estado e da sociedade civil” (p. 281). Pois no Conselho de Saúde do Distrito Federal é possível pensar em um compartilhamento individual de projetos. Mesmo que os gestores tenham maior poder de influência dentro do espaço público de participação, a sociedade civil, que nesse caso são os representantes dos usuários do SUS, atua em conjunto com o Estado numa disputa de projetos políticos e sociais importante para obter resultados concretos no âmbito da política de saúde.

Caso o projeto seja aceito pelos conselheiros, cabe a secretaria da saúde analisar e avaliar a proposta para ter sua aprovação e em seguida dar início a execução do projeto. O processo é acompanhado por conselheiros representantes dos três segmentos do Conselho que são indicados para compor comissões que relatarão nas reuniões o andamento do projeto.

Os conselheiros tem “direito a fala” em qualquer discussão sucedida dentro das reuniões. Porém um conselheiro representante dos usuários que foi entrevistado assegura que “tem muita gente que apenas vai lá para discutir o que tá em pauta, mas nunca propõem nada e reclama que não consegue pautar nada” (Entrevistado B).

A partir das entrevistas foi possível compreender que os conselheiros recebem da população denúncias e pedidos para serem incluídos na pauta e posteriormente, serem debatidos em reunião. A população pode inserir suas denúncias e pedidos indo diretamente a sede do Conselho de Saúde do Distrito Federal <sup>4</sup>ou falando com o conselheiro que a representa, neste caso seria um do segmento dos usuários do SUS, para incluir na pauta sua demanda. Os membros representantes dos usuários esclareceram que isso ocorre por estarem constantemente frequentando hospitais onde se encontram os usuários do SUS e por serem representantes de uma

---

<sup>4</sup> Endereço da sede do Conselho de Saúde do Distrito Federal: Setor Bancário Sul - Quadra 02- Edifício Lino Martins Pinto - 5º andar – Brasília – DF.

associação ou organização formada por segmentos da sociedade civil que exhibe demandas. Os conselheiros entrevistados afirmam em sua maioria que o acesso é livre pela rede pública de saúde quando lhe é pedido pelo conselho para analisar determinada situação que foi colocada em discussão na reunião do Conselho. As denúncias da sociedade vai desde abertura de hospitais e contratação de mais médicos a instalação de aparelhos de raios-X e falta de remédios.

Porém o mais importante é que os conselheiros são representantes de todos os usuários do SUS do Distrito Federal e deste modo, a população tem os conselheiros como o meio de atender as suas demandas e através deles, os conselheiros, exercerem o controle social. Já que não seria viável a presença de toda a população do Distrito Federal em uma reunião do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Todavia, como esclarecido em lei, as reuniões são abertas ao público que não tem direito ao voto, mas podem acompanhar, avaliar e fiscalizar a implementação da política de saúde.

Um membro representante dos usuários expõe que os conselheiros podem falar de tudo na reunião no âmbito da política de saúde, mas sem sair do tema em questão. No entanto para apresentar um bom diálogo é preciso capacitação promovida pelo governo para todos os conselheiros. Os conselheiros asseguraram não haver essa capacitação ou treinamento para uma intervenção mais ativa no diálogo no interior dos conselhos e por isso o segmento que representa os usuários ainda se sente prejudicado com relação aos demais segmentos.

[...] o conselho tem atribuições políticas e para exercê-las deve buscar a capacitação dos seus membros, através de uma interação com o poder público na qual ambos se modificam e assumem a responsabilidade pela gestão da política pública (BRASIL, 1998, p. 41-42).

### **3.4 O perfil dos representantes dos usuários do SUS no Conselho de Saúde do Distrito Federal**

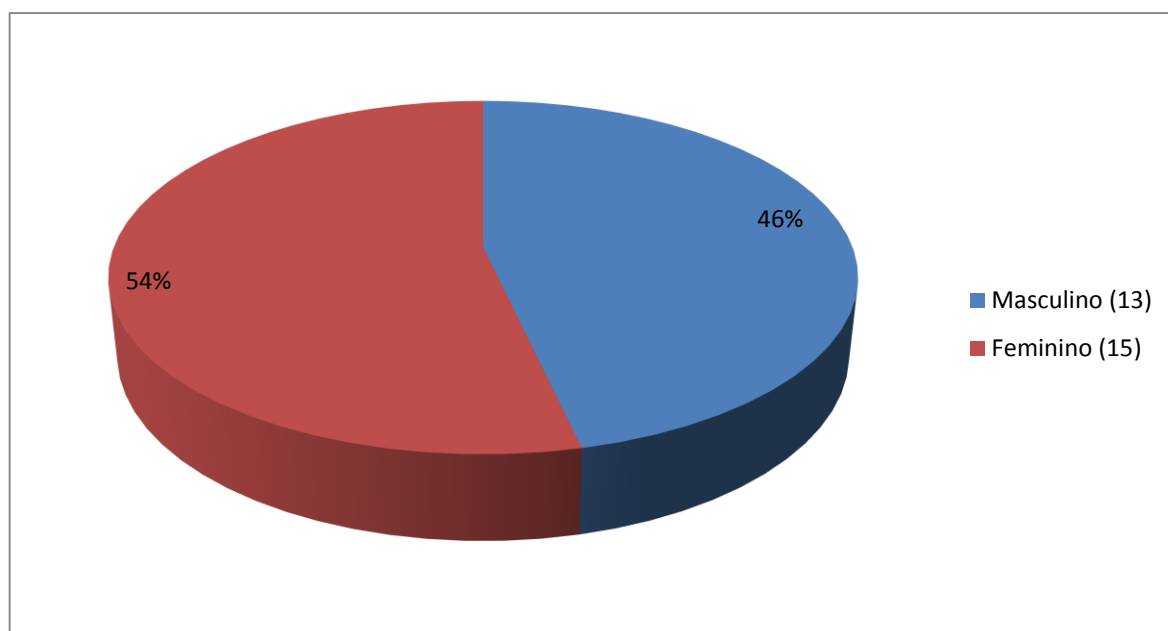
Para se tornar conselheiro é necessário apenas fazer parte e ser eleito por uma organização ou associação que esteja listada na Lei n ° 4.604/2011. Os conselheiros entrevistados explicam que primeiro ocorre uma eleição entre os participantes das instituições ou associações e em

seguida, depois de escolhido o representante, acontece uma eleição para saber quais as instituições ou associações terá a sua vaga garantida no Conselho de Saúde.

Na composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal existem 28 membros que representam os usuários entre 14 titulares e 14 suplentes. Sendo que entre esses membros existem 15 conselheiros do sexo feminino e 13 do sexo masculino (Gráfico 1).

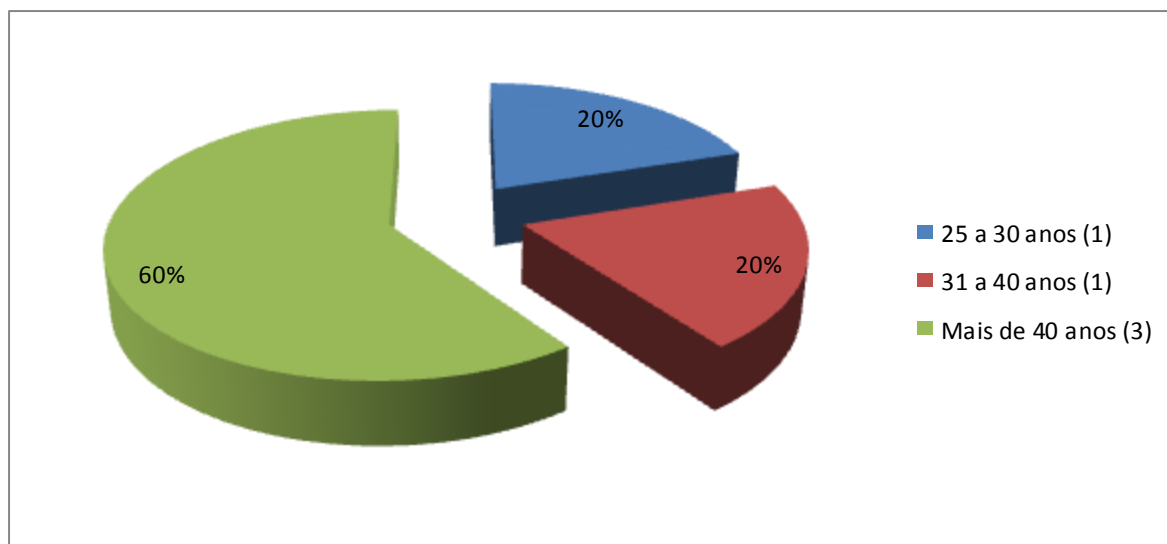
No Gráfico 2, é possível visualizar a idade dos representantes dos usuários do SUS que participaram das entrevistas. Um membro do Conselho de Saúde entrevistado se encaixa entre as idades de 25 a 30 anos e outro entrevistado nas idades de 31 a 40 anos. A maioria dos conselheiros entrevistados apresenta mais de 40 anos de idade.

Gráfico 1– Sexo dos membros representantes dos usuários



Fonte: Conselho de Saúde do Distrito Federal (2012)

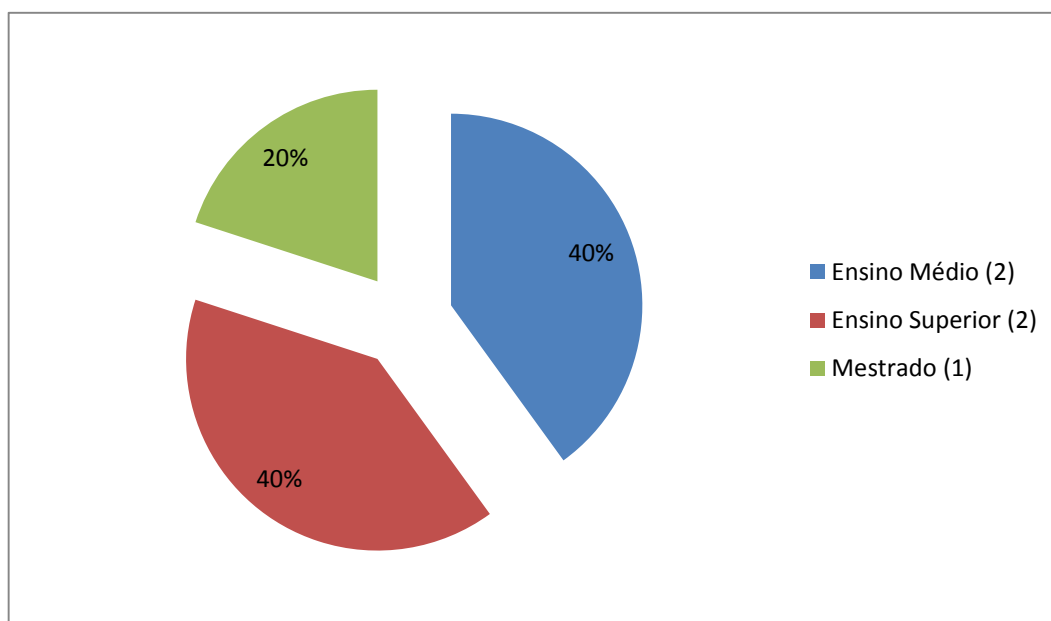
Gráfico 2 – Idade dos entrevistados representantes dos usuários do SUS



Fonte: Elaboração própria

No Gráfico 3, é possível visualizar o grau de escolaridade dos membros que foram entrevistados. Entre os conselheiros: um possui o mestrado, dois possuem como grau de instrução o ensino superior completo e dois apenas o ensino médio completo.

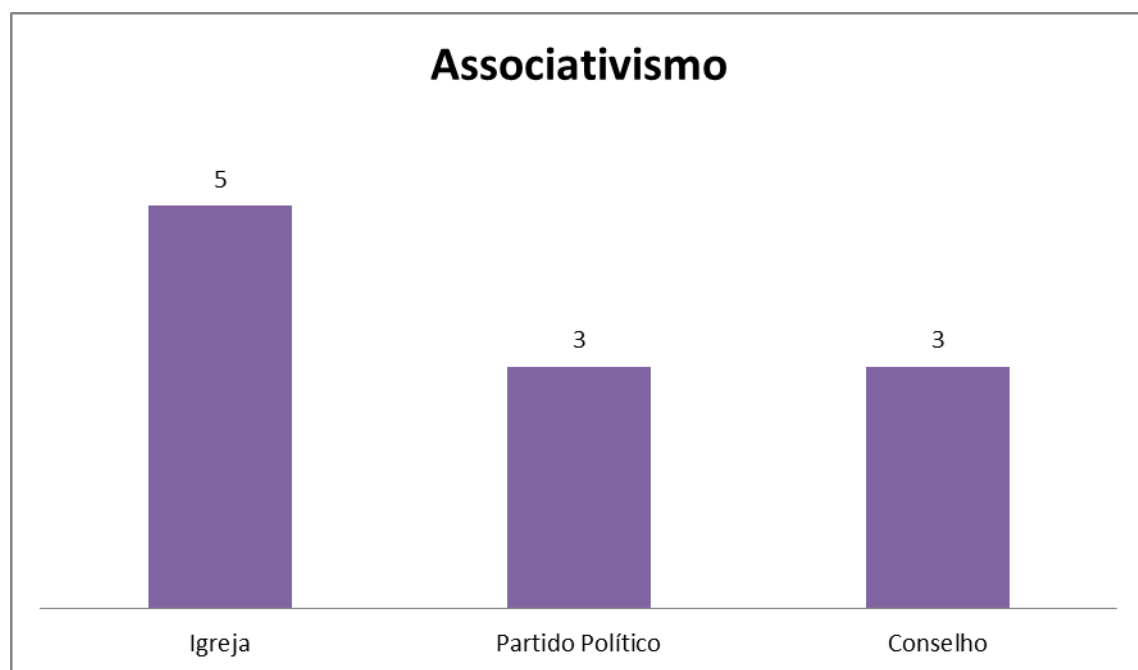
Gráfico 3 – Grau de escolaridade dos entrevistados representantes dos usuários do SUS



Fonte: Elaboração própria

O Gráfico 4 demonstra a trajetória política de participação na sociedade civil em diferentes espaços e formas associativas dos conselheiros entrevistados antes de se tornarem membros do Conselho de Saúde do Distrito Federal. A participação ativa de muitos anos desses conselheiros em organizações que lutam em defesa de direitos coletivos qualifica-os para uma boa atuação. São sujeitos que apresentam tradição política e acúmulos de prática no âmbito da luta pela concretização da democracia. Os conselhos como espaços de discussão e decisão necessitam de membros competentes e capacitados para a representação dos interesses da população usuária do SUS.

Gráfico 4 – Associativismo dos membros entrevistados representantes dos usuários do SUS



Fonte: Elaboração própria

O Gráfico 5 demonstra a quantidade de membros representantes dos usuários que compuseram o Conselho de Saúde do Distrito Federal nas reuniões ordinárias do mês de



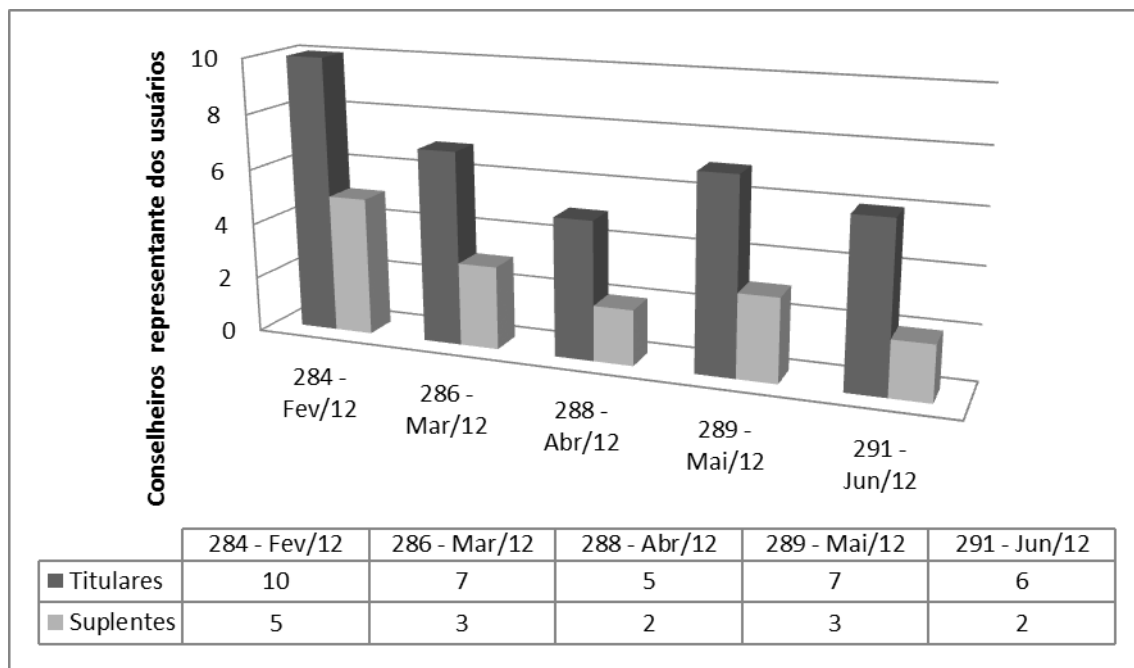
fevereiro a junho de 2012. Nesse período ocorreu a observação participante e por isso foi escolhido para estudo da pesquisa.

É possível notar que na reunião ordinária do mês de fevereiro estiveram presentes quase todos os conselheiros que representam os usuários do SUS. Enquanto que nos outros meses listados no Gráfico 5 houve uma queda considerável no comparecimento dos conselheiros nas reuniões ordinárias. Vale lembrar que na ausência dos titulares os suplentes podem substituí-los nas reuniões mediante documento assinado e autenticado em cartório. Nessas reuniões ordinárias, já no ano de 2012, tiveram muitas substituições de acordo com a lista de presença do Conselho de Saúde do Distrito Federal e alguns titulares que foram com os seus respectivos suplentes. Mas, claro, a presença tanto dos titulares como dos suplentes é importante para um debate mais bem estruturado e para o estabelecimento da democracia por meio da participação de vários representantes dos diferentes segmentos da sociedade civil.

Outro fator que é importante ressaltar é a mudança de local das reuniões ordinárias que sucedeu no mês de março de 2012. O local atual é de complexo acesso e são poucos os meios de transporte que passam perto do lugar onde ocorre às reuniões do Conselho de Saúde. Esse fato prejudica a presença dos membros nas reuniões inclusive dos que sofrem com a desigualdade socioeconômica do país.

Nas reuniões ordinárias que ocorreram no mês de março no Conselho de Saúde do Distrito Federal a frequência dos conselheiros diminuiu na metade. A partir da observação e fala dos conselheiros presentes foi possível concluir que os próprios representantes reclamam da ausência de conselheiros do segmento dos usuários. E com a falta dos membros a votação que é a única forma de decisão do conselho para aprovar projetos, permanece parada sem avanços.

Gráfico 5 – Quantidade de conselheiros representantes dos usuários de fevereiro a junho



Fonte: Conselho de Saúde do Distrito Federal

São muitas questões a serem resolvidas no âmbito da saúde, porém com a ausência de determinados conselheiros a atuação de alguns fica sobrecarregada por serem sempre os mesmos conselheiros nas comissões organizadas para acompanhar o funcionamento de algum projeto que foi posto em pauta. Os conselheiros apresentam muitas responsabilidades por ser incluído em suas competências: deliberar sobre os programas e projetos de saúde a serem encaminhados à Câmara Legislativa do Distrito Federal; fiscalizar e controlar a execução orçamentária e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo os do Fundo de Saúde do Distrito Federal, os transferidos e próprios do Distrito Federal e da União; aprovar as diretrizes gerais da Política de Saúde do Distrito Federal e acompanhar a sua execução; entre outras.

Por meio da presença nas reuniões ordinárias de fevereiro a junho desse ano e das atas de cada reunião foi possível notar que sempre antes do final das reuniões não existia mais um número suficiente de membros para a aprovação de propostas e/ou distribuição de processos para os conselheiros. A ausência de quórum nas reuniões tem sido produzida pela não participação de vários conselheiros que ameaçam a defesa dos interesses do segmento, nesse caso, dos usuários do SUS. Não comparecer as reuniões inviabiliza a tomada de decisões do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

Para uma boa atuação é essencial que um conselheiro: apresente propostas para a política de saúde, participe dos discursos e tome decisões dentro de um conselho, pois:

as decisões do Conselho de Saúde são resultados de negociação política que exige representatividade de seus membros, o respeito à pluralidade democrática, à liberdade de organizar, mobilizar e expressar essas diferenças e também de realizar alianças e somar esforços pelo SUS. As atividades dos conselheiros são consideradas de relevância pública e devem se pautar pela ética (BRASIL, 1998, p. 42).

Um membro representante dos usuários do SUS afirmou haver dificuldades em apresentar propostas “por não existirem recursos, estrutura para assumir tais responsabilidades. Para todos os projetos é necessário um orçamento” (Entrevistado A). “A carência de recursos financeiros, infraestruturais e humanos, sofrida pela grande maioria dos municípios brasileiros, reflete-se de forma dramática no funcionamento dos conselhos, privados das condições mínimas para o bom desempenho de suas funções” (TATAGIBA, 2002, p. 86). E posteriormente na atuação dos conselheiros por ficarem, no momento, incapazes de apresentar suas propostas para agir a favor da população.

No Conselho de Saúde do Distrito Federal seus membros, em especial os que representam os usuários, ainda estão em processo de aprendizado democrático para o compromisso de representar a sociedade civil. Muitos expõem dificuldades, mas estão empenhados em controlar, elaborar e fiscalizar a política de saúde.

### **3.5 O poder de influencia nas decisões: o papel dos gestores**

Conforme a Lei n ° 4.604/2011 o Conselho é formado por três diferentes segmentos, mas que atuam juntos na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, no âmbito do Distrito Federal. No início de cada reunião é pedido que suba a mesa um conselheiro representante dos gestores, um representante dos trabalhadores e dois representantes dos usuários para a concretização da paridade. Os membros do Conselho deveriam

aproveitar esse momento para buscar a unidade dos segmentos e atingir o objetivo desse espaço de participação social. Porém o que ocorre é um conflito entre os conselheiros.

Os conflitos de interesses nem sempre são resolvidos por meio da exposição de diferenças, pela construção de acordos ou por meio do debate de ideias entre os segmentos existentes no espaço de participação como deveria acontecer. Nos conselhos está em jogo uma importante e necessária disputa em torno dos assuntos que vão ser discutidos. Cada segmento defende o assunto que acha ser importante, mas que talvez não seja para o outro. O debate e a negociação de muitos assuntos têm sido limitados apenas aos conselheiros do segmento dos gestores (TATAGIBA, 2002). Sendo que, o importante seria o debate e discussão em torno das exigências da população que carece dos serviços da política de saúde. Mesmo sendo diferentes segmentos e ideias diversas, todos estão no Conselho de Saúde para representar a sociedade usuária da saúde pública.

A maioria dos entrevistados garantiu que o poder de influencia nas decisões está nas mãos dos gestores. Além de manipular os outros conselheiros na aprovação de propostas, os gestores já estão com os programas elaborados e não querem estabelecer políticas públicas dentro do Conselho de Saúde. Abaixo estão alguns trechos de entrevistas oferecidas pelos conselheiros que confirmam e explicam os motivos do poder ser dos segmentos que representam os gestores e prestadores de serviços na área de saúde.

O poder de decisão não é nosso por falta de recursos e experiência que ainda não temos como conselheiro (Entrevistado A).

Porque tem a gestão nas mãos dele, ou seja, tem poder de barganha (Entrevistado B).

Quem tem maior poder de influencia são os gestores juntamente com os trabalhadores apenas para que as propostas sejam aprovadas (Entrevistado D).

TATAGIBA (2002) confirma essa questão ao dizer que o debate e a negociação dentro dos conselhos tem se limitado apenas pela imposição dos interesses temáticos de uma parte que compõe um todo. O Estado nesse momento evidencia recusa em dividir o poder de decisão. Dentro do tema a autora discute que os conselheiros governamentais tendem a defender nos

conselhos suas próprias opiniões e não as propostas e posicionamentos resultantes das discussões com as agências estatais envolvidas prejudicando o funcionamento do conselho. Quando o governo nega o compartilhamento de poder está enfraquecendo o papel do Conselho que é de deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitor as políticas públicas de saúde por meio dos três segmentos que estão representados no Conselho de Saúde do Distrito Federal.

“Assim, o poder deliberativo previsto para os Conselhos Gestores com frequência se transforma na prática em uma função consultiva ou até mesmo apenas legitimadora das decisões tomadas nos gabinetes” (DAGNINO, 2002, p. 282-283).

Uma das causas apontadas para a falta de poder de decisão por parte dos conselheiros representantes dos usuários é a ausência de capacitação que precisa ser promovida pelo governo para uma intervenção mais ativa e efetiva no conselho. Os conselheiros representantes dos usuários estão em desvantagem em relação aos representantes dos gestores que apresentam acesso às informações e tem o próprio conhecimento em relação ao funcionamento da “máquina administrativa”. Essa desvantagem garante aos gestores controle sobre as decisões no interior do Conselho. Para a garantia da partilha efetiva de poder nos espaços de participação, os representantes da sociedade civil devem ter acesso a informações, a socialização e sistematização das experiências e oficinas de capacitação. (TATAGIBA, 2002). A autora DAGNINO (2002) acrescenta ao afirmar que, além da qualificação técnica é imprescindível a qualificação política por parte da sociedade civil já que estão em um espaço de conflitos onde necessitam argumentar com vários atores portadores de diferentes concepções.

O motivo do poder de decisão no Conselho ser do segmento dos gestores pode também estar voltado à falta de pressão, mobilização e a baixa capacidade de articulação entre os setores organizados da sociedade civil (TATAGIBA, 2002). Os representantes dos usuários não podem se sentir acudados por outros segmentos apresentarem poder de influencia nas decisões, “não devem se acomodar no papel de só trazer reivindicações, deixando de formular propostas e de tomar decisões” (BRASIL, 1998, p. 41). Contudo devem juntar forças como um único conselho e usufruir o direito garantido. Mas foi visível na observação de campo a ausência de unidade entre os segmentos. E não existe por estarem em constante disputa para o alcance do poder adiando suas competências perante a sociedade civil.

“Os conselhos, nesse sentido, encaram as ambiguidades, os desafios e as promessas de uma forma partilhada de construção das políticas públicas, sob a égide de uma cultura política não qual predominam referências autoritárias” (TATAGIBA, 2002, p. 90).

A saúde como direito universal deveria ser garantida a sociedade civil por meio de todos os segmentos pertencentes ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, principalmente pelo segmento que representa os usuários do SUS. Mas dentro do Conselho, às vezes, corporativamente pelas entidades cada segmento luta individualmente e a partir dessas atitudes descarta-se a possibilidade de alguns assumirem o cargo de conselheiro e consequentemente fazer parte do controle social. Os membros representantes da sociedade civil devem lutar pelo fortalecimento da política de saúde e desfrutar da influência da sociedade civil no espaço do conselho. Compete aos representantes do segmento dos usuários estabelecerem um ambiente mais igualitário nas relações entre Estado e sociedade no espaço dos conselhos.

Mesmo que limitados pelos conselheiros que representam os gestores, os membros usuários do SUS podem provocar mudanças por meio da participação ativa no espaço público e da capacitação que deverá ser oferecida pelo governo já que precisam incorporar novas competências políticas, éticas e técnicas. A sociedade civil no interior dos conselhos vai se apresentar para o controle social sobre o Estado que não deve estar ausente, mas presente na garantia de direitos sociais.

### **3.6 A representação dos usuários no Conselho de Saúde do Distrito Federal**

NOGUEIRA e MIOTO (2006) afirmam que a partir das lutas populares e sindicais é visto como resultado na Constituição de 1988 que a área da saúde foi a que mais obteve resultado no âmbito do fortalecimento dos direitos sociais. Além da maior conquista que foi a universalização do direito à saúde, abriram-se espaços de participação para a sociedade civil no Brasil com a interação entre os distintos sujeitos e o Estado permitindo o controle social da política de saúde. Logo depois, em 1990, a sociedade foi contemplada com as Leis nº 8.080 e nº 8.142. A primeira fundamenta as ações e os serviços da saúde por meio do SUS e a segunda dispõe sobre a participação da sociedade no SUS por intermédio das Conferências e Conselhos de Saúde.

No Brasil o direito a participação da sociedade na gestão da política de saúde é o reflexo da Reforma Sanitária. A participação social:

Ao longo do tempo, teve significados diversos, evidenciando constantemente a preocupação em associar o social e o político. Expressa ainda a face democrática ampla da Reforma, ao ter como horizonte não unicamente o acesso igualitário aos bens e serviços de saúde, mas o acesso ao poder. Mostra as arenas de definição da agenda governamental, traduzindo uma preocupação com os mecanismos redistributivos contidos nas políticas de saúde, com as formas organizacionais de como redistribuir ou favorecer uma atenção de qualidade para todos os brasileiros (NOGUEIRA e MIOTO, 2006, p. 225).

Como condições de funcionamento do SUS têm-se a participação da comunidade e o controle social. A população tem o direito de participar das decisões, controlar a maneira como são desenvolvidos os programas e projetos e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. No SUS a gestão pública precisa ser democrática. Os gestores devem escutar a população e submeter as suas ideias e ações de controle por meio dos conselhos, por exemplo, que são mediante a Lei nº 8.142/90 integrantes do SUS (BRASIL, 1998).

Muitos conselheiros representantes dos usuários pertencentes ao Conselho de Saúde do Distrito Federal que foram entrevistados acreditam que hoje a luta pela concretização do SUS representa um grande avanço para a sociedade.

O SUS representa para a sociedade muita coisa como a equidade e justiça social representadas nesse Sistema. O SUS é um exemplo para o mundo. Mas ainda não está perfeito é necessária uma mudança na gestão política. O SUS não é apenas um hospital que atende, mas o controle social e informação que é o mais magnífico do SUS. (Entrevistado A).

Para garantir a concretização do SUS é necessária como um dos requisitos a composição ampla no Conselho para afirmar as suas discussões a máxima representatividade e legitimidade. Um dos entrevistados acredita “que a forma de fazer o SUS funcionar é por meio da participação dos usuários” (Entrevistado C).

A capacidade dos conselheiros de atender os interesses coletivos e não individuais da população é outro requisito para a concretização do SUS.

A representatividade dos conselheiros está relacionada com a capacidade de representação dos interesses coletivos nas assembleias do conselho, como também com a capacidade de articulação desse representante com o segmento que representa. Essa articulação com a base propicia a participação desses grupos no processo de tomada de decisões (BULLA e LEAL, 2004, p.8).

Outro requisito importante para alcançar a concretização do SUS no âmbito ainda da representação dos usuários nos conselhos é o valor de se manter sempre informado acerca das demandas, aplicação de recursos e problemas da população na área da saúde e qualificado para participar das discussões. “[...] para representar determinado grupo ou segmento, o representante deve conhecer as demandas e necessidades desse segmento” (BULLA e LEAL, 2004, p. 8).

Segundo alguns entrevistados, a sociedade civil atualmente encontra-se motivada para participar de espaços públicos onde formulam políticas públicas e assumem responsabilidades. “Antes a sociedade não participava, mas hoje ela tem o empoderamento por meio dos movimentos sociais e espaços públicos de participação. A sociedade hoje está com vontade de participar” (Entrevistado E). Já outro conselheiro conta sobre a consciência social dos direitos sociais.

Ao invés de reclamar é importante se conscientizar e participar, porque só assim é possível mudar uma proposição política e social. É importante também para a formação estrutural e entender que é um sujeito. A sociedade civil precisa participar principalmente por ser isso um direito (Entrevistado D).

Para os conselheiros representantes dos usuários o Conselho de Saúde do Distrito Federal é um meio de participação social onde a democratização pode ser alcançada. “Ao participar a sociedade tem parcialmente o controle do SUS. O Conselho é um espaço de democratização, um meio de participação popular para atingir a democracia, por isso é formado pelo povo. Os conselheiros são seus representantes e estão ali por esse povo” (Entrevistado A).

A sociedade civil, neste caso usuária do SUS, representada pelos conselheiros tem o direito de decidir sobre a política de saúde, negociar e formular a política para que realmente



atenda aos interesses públicos. O controle social junto ao aprendizado democrático dos usuários é essencial para o fortalecimento e funcionamento do SUS.

Como sustenta BULLA e LEAL (2004), a constituição dos conselhos no Brasil permitiu o alargamento do processo de democratização e como consequência a extensão do poder da sociedade política para a sociedade civil. A participação da sociedade civil em espaços de controle social fortalece o processo de democratização por incluir o interesse da maioria nas decisões políticas. Mas para alcançar esse resultado é necessário operar no Conselho de modo crítico para fortalecer o poder local.

O Conselho de Saúde do Distrito Federal teve sua estrutura, organização, composição e atribuições recentemente modificadas e regulamentadas pela Lei nº 4.604/2011. Essas mudanças importantes foram estabelecidas já no governo de Agnelo Queiroz que garantiu por meio de longa negociação com a sociedade civil, as entidades de trabalhadores e os gestores da saúde uma nova composição para o Conselho que passou de 10 para 28 membros em julho de 2011. Praticamente todos os conselheiros que atuavam na gestão anterior saíram para dar lugar a novos membros. Nessa época elegeu-se pela primeira vez um presidente que não fosse o Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal.

O fato do Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal não ser mais o presidente no Conselho de Saúde é inédito na história da participação social na área da saúde no Distrito Federal. É um avanço mérito da sociedade civil que de alguma forma por meio de sua participação pôde fortalecer a política de saúde. Mesmo sabendo que o Estado tem a primazia na formulação, gestão e financiamento das políticas públicas é importante saber que isso não é apenas uma responsabilidade do Estado, mas de toda a sociedade civil por meio de sua participação e controle social (RAICHELIS, 2006b).

Para que os cidadãos participem da formulação, gestão e financiamento da política de saúde e para a consolidação dos conselhos como espaços públicos democráticos é importante que haja a ampliação da visibilidade pública dos conselhos.

Isso significa que as ações, os discursos e os critérios que orientam as deliberações dos conselhos devem-se expressar com fidedignidade e publicidade, não apenas para os diretamente envolvidos, mas para todos os que serão implicados pelas decisões assumidas (RAICHELIS, 2006a, p. 113).

A partir de uma entrevista realizada com um conselheiro do segmento representante dos usuários do Conselho que participou da gestão anterior e participa da atual possibilitou saber determinadas alterações que foram importantes na história e no cumprimento das responsabilidades do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

De uma gestão para outro não vi muita melhora. Houve o aumento de representantes, mas o nível dos conselheiros não mudou muito, porém existem mais conselheiros sindicalistas na parte dos trabalhadores. Dos usuários não teve muito avanço. Acho que teve avanço porque entraram representantes dos portadores de HIV, porque não existia, nunca participaram e isso é um avanço. No conselho tem ainda um representante dos usuários com deficiência e da Associação de Aposentados. Em relação a isso o Conselho ficou mais plural, mais hegemônico. Abrange também diversos grupos como o movimento LGBT. No entanto podia ter apresentado uma composição melhor (Entrevistado B).

A composição plural e heterogênea, com representação da sociedade civil e do governo em diferentes formatos, caracteriza os conselhos como instâncias de negociação de conflitos entre diferentes grupos e interesses, portanto, como campo de disputas políticas, de conceitos e processos, de significados e resultantes políticos (RAICHELIS, 2006a, p.109).

A sociedade civil é formada por diferentes segmentos e por isso dentro de um espaço de participação é imprescindível à representatividade de todos esses segmentos que compõem a sociedade civil para que seja alcançada a democracia dentro desses espaços. Apenas os representantes de cada segmento saberão de suas demandas e necessidades. Contudo TATAGIBA (2002) lembra que é importante os conselhos responderem a essas exigências de pluralidade, porém isso pode ser a justificativa para os grupos de antidemocratas aproveitarem a vaga de membro nos conselhos para a manutenção de velhas práticas de negociação com o Estado. O importante é não excluir nenhum grupo que represente a sociedade civil da participação nos conselhos para que possam desempenhar influência democratizante nesse espaço. “É do confronto argumentativo e da tentativa de diálogo entre grupos que defendem interesses distintos, e por vezes claramente antagônicos, que o conselho extrai as suas forças [...]” (p. 62).

O aumento da diversidade entre os membros que representam os usuários no Conselho do Distrito Federal foi um progresso na história da participação social por aceitar que vários interesses e os diversos tipos de organizações possam expor suas demandas e fazer sua avaliação acerca da política de saúde desenvolvida pelo governo (BRASIL, 1998).

Como sendo o primeiro ano após as mudanças o Conselho ainda se organiza de modo a seguir corretamente toda a legislação. Os conselheiros estão aprendendo acerca de suas respectivas competências, do conceito real de controle social e de como operar dentro desse espaço de participação social.

Os conselheiros entrevistados apresentaram uma motivação que o fizeram engajar na luta pelo controle social e fazer parte do Conselho. Um de seus membros declarou o seguinte:

Fui motivado a participar do conselho por ser a participação um direito e por querer exercer esse direito como cidadão. No conselho ocorre o controle social institucionalizado. Na teoria o controle social deveria ser feito por toda a sociedade. A sociedade tem as possibilidades de exercer controle, mas de fato não acontece isso. O controle social é um direito. O ideal é que toda a sociedade fizesse esse controle. É mais seguro que o controle social seja institucionalizado e que estejam todos, claro, quem pode estar, sempre em contato com esse controle social que é de forma organizada, pactuada com o Estado, com legitimidade (Entrevistado D).

Para os conselheiros entrevistados o Conselho seria uma forma de institucionalizar em algumas pessoas escolhidas e em determinado local a participação da sociedade para que o controle social seja organizado.

Na Resolução nº 333/2003 a terceira diretriz garante que:

A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros (BRASÍLIA, 2003).

Ainda que não exista nenhum tipo de capacitação promovida pelo governo para os conselheiros que ingressam na luta pelo controle social por meio dos conselhos de saúde e isso é

um limite imposto dentro desses espaços, o membro mais importante de um conselho é o representante dos usuários do SUS, pois:

Concebe-se controle social não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e a criatividade dos usuários na elaboração da política, já que são estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano como deve ser uma política pública de saúde e quais falhas atuais dos serviços de saúde (BRAVO, 2008, p. 49).

Todos os entrevistados garantiram que o poder de influencia nas decisões é do segmento dos gestores, mas que, as ideias de todos os conselheiros são aceitas “por meio da voz, da manifestação e eloquência” e, além disso, por meio da conversa com os conselheiros de cada segmento e exposição de ideias para que ao saber da proposta do outro possa dar força a essa proposta, e assim, ter a aceitação de todos os segmentos. BULLA e LEAL (2004) asseguram que os representantes devem criar continuamente vias de interlocução com os outros representantes e que seus objetivos e ações estejam voltados para os interesses coletivos e não para os interesses individuais de cada membro existente no Conselho. “E, para isso, é imprescindível que se contemple também a participação dos cidadãos nas decisões do conselho” (p. 8).

Como exposto anteriormente a mesa diretora é formada no início das reuniões por todos os segmentos do Conselho. Entretanto a partir da observação de campo é perceptível que quase nunca a mesa tem sua composição completa, pois os representantes dos usuários não ocupam sua vaga frente aos outros segmentos. Os membros representantes dos usuários não podem deixar de participar ativamente dos debates que ocorrem no Conselho. Porque como garante TATAGIBA (2002) a participação da sociedade civil nos espaços institucionais de decisão é uma das formas de realização do projeto de democratização.

O Conselho de Saúde do Distrito Federal é um importante mecanismo democrático de participação social. Mas para que seja um espaço democrático é indispensável que os representantes, sobretudo, os dos usuários do SUS baseiem-se também em uma representação democrática (BULLA e LEAL, 2004).

Para a participação da sociedade civil nos espaços públicos a autora RAICHELIS (2006a) exemplificou alguns elementos que seriam importantes para a intervenção dos usuários do SUS no controle social:

- Ampliar os fóruns da sociedade civil, estimulando a participação dos movimentos sociais e das organizações populares, especialmente dos usuários das políticas sociais públicas, ainda fragilmente representados nos conselhos e demais espaços públicos de deliberação;
- Contrapor-se à tendência de despolitização da sociedade civil, com base numa intervenção pública que conduza à explicitação das diferenças entre os projetos políticos em disputa, à diferenciação entre as organizações civis e seus interesses ao apresentarem-se na cena pública, para que seja possível estabelecer alianças em torno de uma agenda de interlocução e articulação;
- Estabelecer um processo de interlocução ente sociedade civil e Estado, que possa fortalecer as iniciativas democratizantes existentes no interior dos aparatos governamentais, favorecendo a construção de alianças em direção a uma nova institucionalidade pública;
- Colaborar para a superação de visões reducionistas da sociedade civil, desencadeando ações nos espaços públicos que estimulem o desenvolvimento da sociabilidade pública, capaz de refundar a política como espaço de criação e generalização de direitos (p. 116).

A sociedade civil garantiu seu espaço de participação nos conselhos por meio de suas lutas que trouxeram avanços significativos no controle social do SUS. Hoje os conselheiros que representam os usuários do SUS no Conselho de Saúde do Distrito Federal afirmam que a motivação aumentou e estão dispostos a atender junto ao Estado os interesses da sociedade civil. A participação dos usuários do SUS no Conselho é essencial por serem eles os que realmente sabem o que deve ser feito para melhorar a política de saúde e as falhas atuais que precisam ser consertadas.

A população precisa estar motivada a participar do Conselho de Saúde do Distrito Federal, principalmente por ser um direito garantido por meio de lutas anteriores. Cada organização e/ou associação incluída recentemente no Conselho para representar a sociedade civil que abrange diferentes interesses foi um avanço para o alcance da democracia por compreender a pluralidade da sociedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho intitulado *A participação da sociedade civil no Conselho de Saúde do Distrito Federal* tratou da participação social na política de saúde do Brasil no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal a partir da análise da representação dos usuários do SUS. Esse trabalho ressalta a contribuição dos espaços públicos, mais precisamente dos conselhos que de acordo com RAICHELIS (2006a) são uma conquista para a sociedade civil e evidencia o fortalecimento da democratização.

Nos anos de 1980 ocorreu um processo de democratização importante por conta da institucionalização dos mecanismos de participação da sociedade civil nas políticas públicas primeiro com a Constituição de 1988 e depois com a Lei nº 8.142/90 que regulamenta os conselhos e as conferências de saúde.

No texto constitucional a saúde passa a ser direito de todos e o SUS é instituído como um modelo de organização dos serviços de saúde que é universal no acesso e tem atendimento igualitário a população. Uma das diretrizes dos SUS que é conhecida como participação da comunidade destaca-se por garantir a sociedade civil o controle social da política de saúde.

De acordo com os resultados desse trabalho, pode-se entender que os conselheiros que representam os usuários tem liberdade para participar das discussões, opinar, reivindicar, expor ideias e criar sobre os diferentes assuntos e temas do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Como representantes diretos da sociedade civil são os principais responsáveis por receberem as denúncias e pedidos da população no âmbito da política de saúde e agir atendendo a todas essas necessidades. E quando o Conselho busca atender os interesses dos usuários se torna um espaço de qualidade, democrático e participativo.

A sociedade civil tem os conselheiros como forma de atender as suas necessidades e por meio deles exercer o controle social. Entretanto para apresentar uma boa participação e um bom diálogo entre os conselheiros os membros que representam os usuários do SUS necessitam de capacitação que deverá ser promovida pelo governo, treinamento e aprendizado democrático para a sua intervenção no Conselho de Saúde. Nesse aspecto os conselheiros representantes dos usuários estão em desvantagem já que nas entrevistas relataram não haver capacitação para os

membros. Os conselhos como espaço de participação carecem de membros competentes para a representação da sociedade civil.

A capacitação promovida pelo governo e o aprendizado democrático também são necessários para que os gestores não exerçam controle sobre as decisões. Já que a partilha de poder que existe no Conselho de Saúde do Distrito Federal tem caráter limitado e restrito para os representantes dos usuários por não poderem deliberar sobre projetos e políticas mais amplas com resultados mais significativos para a sociedade civil. Isso dificulta a democratização no processo de decisão nesse espaço de participação.

Para garantir a democracia por meio dos conselhos é preciso que seus membros compareçam as reuniões que ocorrem mensalmente no Conselho de Saúde do Distrito Federal. Os conselheiros do segmento dos usuários, durante essa pesquisa, tiveram sua presença reduzida prejudicando a atuação do Conselho de Saúde. Sendo que, nesse espaço a presença é importante na aprovação de propostas. Quando não ocupado organizadamente, não contribui para a efetiva representação no controle e fiscalização da política de saúde.

Está provada que atuação dos membros que representam os usuários no Conselho de Saúde do Distrito Federal tem evoluído por estarem dispostos a procurar capacitação que necessita ser promovida pelo governo e pela importante participação nos debates garantidora da experiência como conselheiros e do aprendizado democrático. Existe compromisso no exercício do papel dos conselheiros e qualidade em suas intervenções, mesmo que sofrendo com os limites estabelecidos pelo governo por meio dos conselheiros que representam os gestores. Por ser um espaço cheio de novidades tanto para a sociedade civil como para o Estado, afirma DAGNINO (2002), os conselheiros ainda terão dificuldades em expor, argumentar e principalmente, reconhecer diferentes interesses já que é a primeira vez que a sociedade civil participa junto ao Estado na formulação de políticas públicas.

O acompanhamento e a participação da sociedade civil na política de saúde são importantes para que as demandas da população sejam atendidas. Um local para essa prática são os conselhos de saúde. Nesse espaço as aprovações de programas, projetos, entre outros são feitas por conselheiros que representam os usuários do SUS. Sem a participação da sociedade nada disso seria possível hoje na história do país. Agora é preciso dar continuidade a luta pela ampliação da democracia participativa no Brasil.

O estudo mostrou que o aumento de membros que representam os usuários foi um avanço para o Conselho de Saúde do Distrito Federal por representar de maneira mais democrática a pluralidade que existe na sociedade. O que é discutido no Conselho precisa transparecer a todos. A sociedade civil pode participar não apenas na figura de conselheiro, mas também, expondo ideias e frequentando as reuniões do Conselho para garantir o cumprimento de tudo que foi exigido pela população do Distrito Federal.

Os membros do Conselho que foram entrevistados asseguraram uma trajetória política em outras formas associativas - como os partidos políticos e os movimentos sociais - antes de fazerem parte do Conselho de Saúde. Essa participação anterior garantiu a esses conselheiros: a qualificação para atuar nos espaços de participação e o interesse na luta pela concretização da democracia por meio do Conselho de Saúde do Distrito Federal. A participação da sociedade civil garante direitos.

Por meio da análise das leis, observação participante, atas e entrevistas, pode-se concluir que os objetivos da pesquisa foram alcançados e a hipótese do trabalho confirmada, já que a participação social efetiva tem garantido os interesses da coletividade. As iniciativas da sociedade civil por meio de seus representantes do Conselho de Saúde do Distrito Federal tem modificado a realidade da população do Distrito Federal no âmbito da política de saúde e, portanto fortalecido a saúde como direito universal. Para o avigoramento da participação da sociedade nos espaços democráticos de controle social seria importante à continuação das ações do assistente social no campo da saúde, visto que são profissionais que apresentam um acúmulo de experiência na área e defendem o aprofundamento da democracia e a consolidação da cidadania. Nesse contexto, o profissional atua orientando os usuários acerca dos direitos sociais e mobiliza-os para participar no controle democrático dos serviços prestados. A sociedade precisa querer participar e se integrar na condição de sujeito para contribuir na efetividade da política de saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo/** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília: CFESS, 2010.

\_\_\_\_\_. **Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>. Acesso em: 31 de Maio de 2012.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para** conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998.

\_\_\_\_\_. **Orientações para os Conselhos de Saúde: Sistema de Acompanhamento dos** Conselhos de Saúde - SIACS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 01**, de 21 de outubro de 1997.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 33**, de 23 de dezembro de 1992.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos**. In: BRAVO, Maria Inês Souza, [et al.] (orgs.). Política social e democracia. 4. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete, [et al.] (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 88-110.

BOSCHETTI, Ivanete. **A política da seguridade social no Brasil**. In: BOSCHETTI, Ivanete, [et al.](orgs.). Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Seguridade Social**: a Armadilha dos Conceitos. Texto preparado originalmente como item do projeto de pesquisa intitulado “A Seguridade Social Dilapidada: Elementos Determinantes de sua Fragmentação no Brasil”, apresentado ao CNPq em julho de 2002. Material didático para a disciplina Seguridade Social I – Previdência e Assistência. Brasília, SER/UnB.

BULLA, Leonia Capaverde. ; LEAL, Maria Laci Moura. **A Participação da Sociedade Civil no Conselho Municipal de Assistência Social**: O Desafio de Uma Representatividade Democrática. Textos & Contextos (Online), v. 03, p. 04-17, 2004.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 66-72.

\_\_\_\_\_. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº 290/1994 e nº 293/1994.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 333**, de 4 de novembro de 2003. Aprova as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

DAGNINO, Evelina. **Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania**. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Os anos 90: Política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

\_\_\_\_\_. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 9-15.

\_\_\_\_\_. **Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades**. In: DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 279-301.

\_\_\_\_\_. **Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?**. In: MATO, Daniel (org.). **Políticas de Ciudadanía y Sociedad Civil en Tiempos de Globalización**. Caracas: FaCes/Universidad de Venezuela, 2004, p. 95-111.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 2225**, de 28 de março de 1973.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7885**, de 21 de fevereiro de 1984.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 070**, de 22 de janeiro de 1989. Dispõe sobre vários colegiados da estrutura administrativa do Governo do Distrito Federal, dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 469**, de 25 de junho de 1993. Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 2413**, de 25 de junho de 1999. Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4604**, de 15 de julho de 2011. Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal.

\_\_\_\_\_. **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 12 de Jun. de 2012.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é política social**. 5. ed. São Paulo: Braziliense, 1991.

GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. São Paulo: Cortez, 2001.

GOMES, Ana Ligia. **Os conselhos de políticas e de direitos**. In: Capacitação Continuada para assistentes sociais, Módulo 4. Brasília: NED/CEAD, Universidade de Brasília, 2000.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA (GESCD). **Movimentos sociais e a construção democrática no Brasil: sociedades, espaços públicos e a co-gestão**. Ideias, IFCH, Unicamp, São Paulo, ano 5(2)/6(1), 1998-1999.

HAGUETE, Teresa Maria Frota. **Metodologia qualitativa na sociologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2001, p. 53-79.

LUZ, Madel Therezinha. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"** - anos 80. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. I, n. I, p. 77-96, 1991.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **O projeto de pesquisa em Serviço Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social, Módulo 5: Intervenção e Pesquisa em Serviço Social. Brasília, UnB, Cead, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e a questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção. São Paulo: Cortez, 2002.

NEVES, Angela Vieira. **Cultura política e democracia participativa**: um estudo sobre o orçamento participativo. Rio de Janeiro: Gramma, 2008.

\_\_\_\_\_. **Espaços públicos e serviço social**: um desafio ao projeto ético-político. Revista Sociedade em Debate, Pelotas, v.16, n.1, p. 45-58, jan.-jun./2010.

NEVES, Angela Vieira; SILVA, Suellen Henriques. **A experiência do orçamento participativo**: um desafio ao projeto ético-político na construção de um novo locus de intervenção para o serviço social: entre a organização política e a prática burocrática. 2009. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In: MOTA, Ana Elizabete, [et al.] (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006, p. 218-241.

NORONHA, José Carvalho de, [et al.]. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

RAICHELIS, Raquel. **Articulação entre os conselhos de políticas públicas** - uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. Serviço Social e Sociedade, v. 85, p. 109-116, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Democratizar a gestão das políticas sociais**- um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana Elizabete, [et al.] (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006b, p. 73-87.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

TATAGIBA, Luciana. **Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil**. In: DAGNINO, Evelina (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 47-103.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

TELLES, Vera da Silva. **Sociedade civil e a construção de espaços públicos**. In: DAGNINO, Evelina (org.). Os anos 90: Política e sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 91-102.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1990, p. 137-158.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e práticas democráticas na saúde**. In: MOTA, Ana Elisabete, [et al] (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2009, p. 241-272.

## **ANEXO**

### **ANEXO A – Roteiro de entrevista**

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Nome do entrevistado:

Data da entrevista:

Duração: Início: \_\_:\_\_h(s)

Término: \_\_:\_\_h(s)

1. Sexo:        ( ) Masculino        ( ) Feminino
2. Idade:        ( ) 25-30 anos        ( ) 31-40 anos        ( ) + de 40 anos
3. Escolaridade: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Mestrado ( ) Outros
4. Participa ou participou de alguma organização? Qual? ( ) Igreja ( ) Conselhos ( ) Partidos Políticos ( ) Outros – Especifique. Por quanto tempo participa?
5. Como se tornou conselheiro do Conselho de Saúde do Distrito Federal?
6. Há quanto tempo é membro representante dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)? Quais gestões você participou?
7. O que motivou a fazer parte do Conselho de Saúde do Distrito Federal?
8. Como acontece o debate no Conselho de Saúde do Distrito Federal?
9. Quais são suas propostas para a gestão atual?
10. E na gestão anterior você participou? De qual forma? Quais foram suas propostas?
11. Quem tem maior poder de influencia nas decisões? Por quê?
12. Suas ideias são aceitas no Conselho? De qual forma?
13. Você concorda que o Conselho é um meio de participação social onde a democratização pode ser alcançada? Explique.
14. O que é deliberado pelos conselheiros no Conselho é implementado?
15. Qual importância à luta pela concretização do SUS representa na sociedade atual?
16. Acredita que a sociedade civil de hoje encontra-se motivada para participar de espaços públicos onde formulam políticas públicas e assumem responsabilidades? Por quê?
17. O que você entende por cidadania e democracia?